

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS
ANNÉE 1895 — THÈSE N° —

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Novembre 1895.

PAR
J. DESTERNES

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

INDICATIONS ET RÔLE
DU
BAIN FROID
DANS LE
TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.
ROGER et HARTMANN, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

—
1895

11

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895 THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Novembre 1895.

PAR

J. DESTERNES

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

INDICATIONS ET RÔLE

DU

BAIN FROID

DANS LE

TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : { MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.
ROGER et HARTMANN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SCHWARTZ.
BAR.	LEJARS.	SÉBILHAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERRY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHANTEMESSE.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVENT.	NELATON.	VILLEJEAN.
DELBET.	NETTER.	WALTER.
FAUCONNIER.	POIRIER, chef des	WEISS.
GAUCHER.	trav. anatomiques.	WIDAL.
GILBERT.	RETTNER.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.		

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES.

A MES AMIS

A MES MAÎTRES, DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Membre de l'Académie de médecine

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Officier de la légion d'honneur

INTRODUCTION

Les succès obtenus par la méthode de Braud dans le traitement des grandes pyrexies, et en particulier de la fièvre typhoïde, devaient, d'une façon toute naturelle, amener les praticiens à traiter par le bain froid une maladie infectieuse par excellence et souvent d'allure typhoïde, l'infection puerpérale.

L'observation de plusieurs malades atteintes de cette affection, traitées et guéries par ce procédé, dans le service de Monsieur le Docteur Schwartz à l'Hôpital Cochin, nous a conduit à faire de ce sujet intéressant l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous avons été précédés dans cette étude par de nombreux observateurs que nous aurons l'occasion de citer dans le cours de ce travail. Signalons cependant : les importantes observations communiquées en 1894 par M. Macé à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, la Revue Générale faite par ce même auteur dans la « Gazette des Hôpitaux » et la thèse soutenue en 1895 par M. Voyer sur le même sujet.

Nous ferons à ces auteurs de nombreux emprunts, tout en nous réservant de discuter leurs conclusions et d'étudier la question à un point de vue plus général :

Admis et employés d'une façon immodérée par les uns, rejetés complètement par les autres, les bains froids nous semblent mériter une place honorable parmi les divers moyens employés pour lutter contre les accidents généraux de l'infection puerpérale. Certes, cette médication, n'est pas pour tous les cas, un remède infailible, elle ne guérira pas tous les accidents des formes si diverses de la septicémie puerpérale : elle ne doit pas faire oublier que la source de l'infection est dans l'utérus lui-même, et que c'est là, tout d'abord que l'on doit la combattre ; mais, quand l'infection s'est généralisée, quand prédominent les accidents généraux, l'hyperthermie, la prostration, etc., les bains froids joueront un rôle favorable et pourront sauver la vie à des femmes, que cette intoxication profonde aurait fatalement emportées. C'est là notre conviction absolue, conviction basée sur l'étude des observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale, basée surtout sur les faits que nous avons pu observer personnellement.

Dans cette étude, voici l'ordre que nous adopterons. Après un rapide historique sur l'introduction des bains froids dans la thérapeutique, et en particulier dans le traitement de la fièvre puerpérale, nous esquisserons les formes multiples de cette affection, celles surtout qui nous semblent ressortir plus particulièrement à ce mode de traitement ; nous rechercherons, quelles sont les indications des bains froids, dans quelles mesures et comment ils agissent ; comment on doit les employer, puis nous discuterons des cas, bien rares, à notre avis, où ils sont contre indiqués. Nous établirons enfin nos conclusions, après avoir exposé sans parti pris, un certain nombre d'observations bien étu-

diées, ou les bains froids ont été, avec ou sans succès, mis en usage contre les accidents des suites des couches.

Mais avant d'aborder cette étude qui doit clore pour nous la vie d'étudiant, qu'il nous soit permis de remplir un devoir et de remercier ici publiquement les maîtres éminents qui ont bien voulu nous faire profiter de leur grand savoir et guider nos études médicales ; c'est par leurs savantes leçons, par leurs précieux exemples, qu'ils nous fait aimer notre art, et nous ont communiqué le désir ardent de devenir à leur école, et dans la mesure de nos faibles moyens, un praticien éclairé et consciencieux.

Nous remercions M. le Professeur Joffroy, d'avoir bien voulu nous accueillir dans son service à la Salpêtrière, lors de notre première année d'externat.

Monsieur le Professeur Debove, a droit à toute notre reconnaissance, tant pour la bienveillance dont il a fait preuve à notre égard, que pour le grand profit que nous avons retiré de ses leçons. C'est à son enseignement simple et méthodique, c'est au charme de ses agréables causeries, de ses leçons nettes et lucides, que nous devons d'avoir acquis, avec la plus grande part de notre instruction médicale, les idées générales qui ont guidé notre observation clinique et formé notre esprit.

Monsieur le Professeur Le Dentu, mérite à un double titre nos remerciements : Après nous avoir permis de profiter, comme externe de son service à l'hôpital Necker, de son enseignement magistral, il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il nous autorise à lui adresser ici, l'assurance de votre vive et respectueuse gratitude.

Nous sommes heureux de remercier M. le Docteur Schwartz, qui a bien voulu nous permettre de suivre son service à l'hôpital Cochin, et d'y recueillir les observations qui ont servi de sujet à cette thèse.



HISTORIQUE

Il était naturel que l'eau froide, fut employée, dès la plus haute antiquité, dans le traitement des maladies : le fébricitant, dévoré par la soif, la réclame à grands cris, jusque dans son délire ; c'est lui, souvent, qui suggère au médecin l'idée de la lui appliquer tant en lotions que bains, quand, agacé par la chaleur mordicante de son lit, il se découvre machinalement, cherchant avec obstination le contact d'un objet frais pour ses membres brûlants. Aussi, dès l'époque d'Hippocrate malgré les opinions peu fermes à ce sujet du père de la médecine, employait-on l'eau froide dans le traitement des fièvres ardentes ; l'école d'Alexandrie préconisait l'emploi du froid dans les maladies fébriles. Les Romains, qui, dans leur civilisation raffinée faisaient une si large part à la balnéation hygiénique, usaient aussi largement de la balnéation froide thérapeutique comme en témoignent les écrits de divers auteurs. Galien en maints passages de ses œuvres, signale les bienfaits de la réfrigération. Plus tard, ce sont les médecins arabes, Rhazès, Anicenne, en particulier qui se servent couramment du bain froid, contre les affections fébriles.

Au moyen âge, il n'en est plus de même. « C'est l'époque des théories, auxquelles les faits doivent céder la place,

et du haut de ces raisonnements, on condamne sans appel la médication réfrigérante. C'est Sthal qui montre la fièvre un mal nécessaire, c'est Van Helmont qui par un raisonnement spécieux, mais d'allure scientifique, montre l'inanité des efforts de ceux, qui, s'attaquant à la chaleur fébrile pour la modérer, croient combattre la cause du mal, alors que ce n'en est qu'un des effets » (1).

Il faut arriver jusqu'au commencement du siècle dernier, jusqu'à Hahn (1717) pour retrouver une méthode thérapeutique par l'eau froide. Ce médecin traita par les lotions froides les malades atteints de typhus à Breslau en 1717. L'étude de la température et du pouls le guidaient dans l'application de sa méthode aux fébricitants.

Un peu plus tard, Currie, apparut comme un partisan convaincu du traitement hydrothérapique qu'il emploie non pas tant comme réfrigérant que comme excitant, stimulant des forces organiques. Il s'en sert, à l'exclusion de tout autre procédé, contre nombre d'affections fébriles et emploie l'affusion froide, abondante et répétée.

En 1805, Gianini de Milan, préconise le bain froid et le règle à peu de différence près, comme nous l'ordonnons aujourd'hui. En France, Recamier l'essaie timidement, mais renonce à lutter contre les préjugés, après quelques tentatives hésitantes ; Trousseau, Chomel, Jacquez, Leroy, se prononcent en faveur de cette méthode thérapeutique. En Allemagne, ce sont Frœlich, Priessnitz.

Enfin, paraissent en 1861, les travaux de Brand (1) sur

(1) Juhel-Renoy. — Traitement de la fièvre typhoïde, Paris, Rueff, 1892.

(2) Brand. — Die hydrothérapie des typhus. Stettin, 1861.

l'hydrothérapie. Il se montre le vulgarisateur intrépide de la méthode du bain froid, il la fait sienne. Son but est surtout d'obtenir l'abaissement de la température, de maintenir, le malade dans un état constant d'apyrexie à peu près complète, pendant toute la durée du processus morbide. « Ce qui me frappe le plus, écrit-il, ce qui a le plus frappé tous les observateurs, c'est l'absence des symptômes typhiques, lorsque le processus morbide est traité par l'eau froide dès le début, ou leur disparition, s'ils se sont déjà manifestés ; d'un autre côté leur réapparition aussitôt que l'hydrothérapie est suspendue » (1). Par sa tenacité, par les excellents résultats qu'il obtint, Brand. répondit et fit admettre en Allemagne le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

En France, Fr. Glénard (2) joue à Lyon le même rôle ; dès 1873, il y importe le bain froid systématique, le compare aux divers traitements nouvellement préconisés contre la dothiéntenterie, montre la supériorité de sa méthode. Aussi depuis cette époque l'emploie-t-on dans les hôpitaux lyonnais, et plus récemment MM. Tripier et Bouveret (3) par leur remarquable étude sur ce sujet ont achevé de convaincre leurs compatriotes.

Cependant, à part quelques essais timides et isolés, Paris demeurerait rebelle au système de la balnéation froide. C'est à Juhel Renoy (4) que revient l'honneur d'avoir vul-

(1) Brand. — *Wienn medizinische Wochenschrift*, 1872, n° 6.

(2) Glénard. — *Lyon médical*, 1873.

(3) Tripier et Bouveret. — *La fièvre typh. traitée par les bains froids*, 1888.

(4) Juhel Renoy. — *Bulletin de la Soc. méd. des Hôp.* 1889.

garisé dans la capitale la méthode de Brand. Les résultats remarquables qu'obtint cet éminent praticien entraînèrent la conviction de nombre de ses collègues : MM. Chantemesse, Chauffard, Josias, Dieulafoy, etc., expérimentèrent la méthode, et dressèrent des statistiques, où la mortalité se trouvait très diminuée.

La méthode de la réfrigération est devenue à Paris, d'un usage aussi courant qu'à Lyon et en Allemagne. Appliquée d'abord, presque exclusivement à la dothiënterie, elle a été étendue progressivement, et avec fruit, à toutes les infections s'accompagnant de phénomènes généraux graves et d'hyperthermie : Logiquement elle devait être employée contre la fièvre puerpérale.

Dès 1774, Sigault, médecin de l'Hôtel-Dieu, probablement influencé par les recherches de Currie, avait essayé de la réfrigération dans une épidémie de fièvre puerpérale. Il faisait projeter de l'eau froide, sous forme de douches, sur le ventre de ses malades. Les résultats ne furent pas merveilleux, ce qui n'a pas lieu de nous surprendre.

Behier, en 1862, fait une communication à l'Académie de Médecine sur le traitement des péritonites puerpérales par les applications froides continues. Cet auteur met simplement des compresses humides sur le ventre et les recouvre par 2 larges vessies de caoutchouc pleines de glace qu'on renouvelle toutes les 2 heures. Nous sommes loin du grand bain froid : néanmoins Béhier prétend avoir des résultats satisfaisants du moins pour l'époque. Il eut 68 cas de fièvre puerpérale bien nette et seulement 39 morts. Dans ces cas de morts le froid a eu cependant un effet favorable ; la durée de la maladie a été prolongée au-delà

de ce qu'elle était avant l'emploi de ce mode de traitement (1).

La première observation, publiée et bien étudiée, du traitement par l'eau froide des accidents fébriles des suites de couches remonte à 1877 et appartient à Playfair (2). La femme, qui était une primipare, eut le soir même de son accouchement une température de (102° Farenheit). pouls 120. Les jours suivants, la température oscilla autour de ce chiffre, malgré le traitement mis en usage ; injections intra-utérines répétées tous les jours, sulfate de quinine, acide salicylique, administrés à l'intérieur.

Le 6^e jour Playfair essaya l'application du drap mouillé, puis de serviettes imbibées d'eau glacée et renouvelées assez souvent, enfin la malade fut placée sur un matelas rempli d'eau froide. Ce traitement amena un abaissement de température et la femme finit par guérir. Comme traitement interne elle prit pendant l'application du froid ; du perchlorure de fer, de l'eau-de-vie, et de la teinture de Warbourg (antipyrétique employé aux Indes contre les accès pernicieux des fièvres paludéennes).

Michaélis a employé la glace *intus* et *extra* surtout dans la forme péritonéale de l'infection puerpérale ; il obtint de cette façon quelques succès.

Stoltz (3) dit avoir employé quelquefois la réfrigération dans la fièvre des accouchées.

(1) Béhier. — *Gazette des Hôpitaux*, 1862, 5 avril, n° 40 p. 157.

(2) Playfair. — *British méd. journal*. Nov. 1877.

(3) Stoltz. — Dict. de Médecine et diction. pratiques. art. puerpéralité, p. 136. — 1881.

« Nous avons eu nous-même quelquefois recours au froid sous forme de draps mouillés et dans plusieurs circonstances nous en avons retiré des effets satisfaisants comme calmant, diminuant le météorisme mais surtout comme hyposthénisant par la diminution de la température et de la fréquence de la circulation.

Les immersions froides pourraient-elles être employées avec le même succès que dans la fièvre typhoïde ? Nous ne croyons pas que l'essai en ait été fait. C'est un moyen héroïque, mais trop chanceux et qui ne pourrait être tenté que dans des cas désespérés. »

Et plus loin : « (1) Les grands bains ont été conseillés, mais ils sont généralement peu employés. Il est pénible de déplacer une accouchée malade, et dangereux de lui imprimer des mouvements trop grands, qui pourraient occasionner des accidents, ou, pour le moins, augmenter la douleur locale. Quelques praticiens prétendent en avoir retiré de bons effets dans les affections péritonéales, par exemple. Le bain doit être d'une température un peu plus basse que celle du corps et d'une durée un peu longue ; être répété plusieurs fois dans la journée. Outre la propriété calmante, il a celle de diminuer la température exagérée du corps et de favoriser les sécrétions. »

Stoltz comme on le voit redoute un peu les effets du froid ; pour lui c'est un moyen à employer à toute extrémité et qui dès lors ne peut plus agir comme il agirait s'il était employé à temps. Néanmoins même dans ces conditions défavorables il pourrait rendre service comme nous le verrons ultérieurement.

(1) Stoltz. — *Loca citato*, p. 137,

Gaillard Thomas (1), dans une publication faite en 1883 recommande la lutte contre l'hyperpyrexie, capable à elle seule d'amener l'issue fatale quand elle persiste à rester très élevée. D'après lui, après un nettoyage local de l'utérus, c'est contre la haute température qu'il faut agir. Il a renoncé aux affusions froides qu'il employait auparavant, et conseille l'emploi d'un tube de caoutchouc enroulé sur lui-même en forme de coussin recouvrant tout l'abdomen et dans lequel de l'eau glacée circule par le mécanisme du siphon.

Tauszky (2) dans le cas de fièvre intense et de longue durée conseille la lotion froide puis l'enveloppement dans un drap mouillé, sur lequel on verse de l'eau de temps en temps pour entretenir l'humidité. D'après lui ce moyen suffirait pour faire descendre la température, faire disparaître le coma, le délire, la céphalgie, et tous les accidents résultant de l'hyperthermie. Dans les cas rebelles il emploie le bain froid accompagné d'ablutions froides sur la nuque et de frictions sur les membres. Il laisse la malade dans les bains de 15 à 30 minutes suivant les cas ; réitère le bain dès que la température s'élève de nouveau. Si malgré cela la température ne cède pas un peu, il fait l'enveloppement dans le drap mouillé dans l'intervalle des bains. Il s'en tient simplement au drap mouillé, s'il craint une syncope ou si le malade est trop faible.

Schröder dans son traité d'accouchements recommande fortement l'application externe du froid dans le traitement de la fièvre puerpérale. Il trouve que le bain est

(1) Gaillard Thomas. — *New-York méd. journal*, Déc. 1883.

(2) Tauszky. — *Americ-Journal of the Medic sc.* 1883.

le meilleur réfrigérant. mais d'une application difficile ; pour lui on peut y suppléer par le drap mouillé.

Chabert, en 1883, rapporte dans sa thèse vingt-huit observations de traitement de la fièvre puerpérale par les bains froids. Ce traitement fut inauguré par le professeur Vincent, de la Maternité de Lyon, où sévissait une épidémie très grave d'infection puerpérale. Les injections intra-utérines, le sulfate de quinine et les bains ont été simultanément employés.

Sur les 28 cas de Chabert, il y eut trois morts : l'une par pyohémie avec embolie pulmonaire, l'autre par épuisement chez une femme arrivée dans un état lamentable à la Maternité et chez laquelle à notre avis le traitement local ne fût pas suffisant : Les bains froids ne furent institués que le vingtième jour après l'infection ; on ne peut donc pas leur reprocher de n'avoir pas agi. Il en est de même pour le 3^e cas de mort.

Cette thèse est un éloquent plaidoyer en faveur des bains froids.

Mundé (1) parle dans un article du « New-York médical journal » du traitement de la fièvre puerpérale par la réfrigération ; mais il considère ce moyen comme peu puissant ; il recommande beaucoup plus l'emploi de l'antipyrine. En cela il diffère beaucoup d'opinion avec Runge (2), qui déconseille énergiquement l'emploi des antipyrétiques auxquels il reproche d'irriter l'estomac. Il donne à ses malades de fortes doses d'alcool et des bains froids. Il dit avoir traité

(1) Mundé. — New-York. méd. journ., 9 oct. 1886.

(2) Runge. — Arch. für Gynakol. 1886. — Samml. klin. Vortr. 1886, n° 287. — Deutsch médical Wochens, 1889, n° 1.

de cette façon 40 cas sur lesquels il n'a eu que 2 morts, une par eclampsie, l'autre par phlegmatia alba dolens.

Skinner (1), en 1887, signale une observation très intéressante de septicémie puerpérale que nous relaterons plus loin (voir chapitre, observation n° V). La température rectale atteignit 43° le 5^e jour après l'accouchement survenu au cours d'un voyage en mer.

Quelques lotions froides et 2 bains à 38° suffirent pour abaisser la température. La malade prenait en outre des injections intra-utérines et du sulfate de quinine.

Tussau (2), en 1888, publie une observation où malgré le sulfate de quinine et les bains donnés à 28 degrés, la mort survient. Mais dans ce cas la malade (voir obs. I) était profondément infectée et au 5^e jour de son infection, lorsqu'on lui a administré les bains froids. De plus à notre avis, le traitement local fut insuffisant, la malade n'ayant pris que 3 injections intra-utérines. Les 2 premiers bains firent abaisser la température, mais devant une aggravation de l'état général on n'osa pas donner les bains plus fréquemment que toutes les 6 heures. Nous sommes complètement de l'avis de Macé quand il dit à propos de cette observation : « Il nous semble que les bains étaient beaucoup trop espacés pour une pareille septicémie. C'était l'occasion de donner des bains très froids et très courts pendant une période qu'aurait suivie l'administration ordinaire de la réfrigération lorsque les symptômes nerveux auraient été modifiés » (3).

(1) Skinner. — Progrès médical, 1887, 2 avril, p. 269.

(2) Tussau. — Lyon médical, 9 septembre 1888.

(3) Macé. — 1891, p. 1370. Gaz. des Hôpitaux.

Napier (1) publia, en 1889, 2 observations de fièvre puerpérale où il obtint la guérison par la quinine et des enveloppements par le drap mouillé.

Byers (2) a signalé en 1891 l'emploi des bains froids parmi les moyens propres à abaisser la température dans la septicémie puerpérale ; mais il ne le recommande pas plus que les autres méthodes ; il insista surtout sur la nécessité de donner à la malade une alimentation reconfortante.

Swiecciki (3), la même année, n'osa pas conseiller les bains froids ; il s'en tient aux bains tièdes auxquels il associe l'alcool à haute dose ; il cherche à favoriser la diurèse par des injections de sérum dans le tissu cellulaire sous-cutané et des injections de pilocarpine.

Puis viennent en 1894 les observations de Macé (4), présentées à la Société obstétricale et gynécologique de Paris et la revue générale du même auteur dans la Gazette de Hôpitaux (5). Il se montre partisan convaincu du bain froid employé de bonne heure, dès que les accidents généraux ne cèdent pas au traitement local.

Voyer (6), dans sa thèse, adopte des conclusions analogues, mais restreint trop à notre avis les indications des bains froids.

(1) Napier. — *Praktitiones*, 1889, p. 169.

(2) Byers. — *Dublin, Journ. of Méd. Sc.*, mai 1891.

(3) Swiecciki. — *Wienn. med. Blätt.* 1891 n° 15.

(4) Macé. — *Bulletin et mémoires de la Société obst. et gynécologique de Paris*, nov. 1894.

(5) Macé. — *Gazette des Hôpitaux*, du 15 décembre 1894, n° 145.

Voyer — *Thèse de Paris*, 1895.

FIÈVRE PUERPÉRALE

Historique et Pathogénie.

On peut diviser à grands traits l'histoire de la fièvre puerpérale en cinq périodes qui marquent autant d'étapes différentes dans les conceptions pathogéniques sur ce sujet.

1° *La première période* remonte jusqu'aux anciens auteurs romains, Galien, Celse ; aux Arabes, parmi lesquels Albucasis. Ils parlent des accidents fébriles des accouchées et les attribuent à la rétention des lochies et des produits de décomposition placentaire.

Ces idées trouvent encore jour au moyen âge. Sylvius Boerhaave, mentionnèrent, en divers passages de leurs écrits, la fièvre des accouchées. Dans des temps moins anciens, Mauriceau (1), Hoffman, Hecquet Smellée décrivent tout au long cette affection. Ces différents auteurs croient à un arrêt du cours des lochies produit par l'inflammation ou par la contraction spasmodique des vaisseaux. Des matières putrides se trouvaient ainsi retenues dans le sang. Pour d'autres, l'utérus se trouve en contact avec les détritits placentaires,

(1) Mauriceau. — *Traité des maladies de femmes grosses*. Paris 1675.

qui subissent une fermentation et donnent lieu ainsi à la fièvre. Cette théorie, rajeunie par la doctrine microbienne, se trouve bien près de la vérité.

La deuxième période commence au XVII^e siècle ; c'est la période de la fièvre de lait ou des métastases laiteuses. Willis, Puzos (1), puis Lieutaud, Van Swieten (2), Bordeaux, Doulcet (3) furent les principaux partisans de cette théorie. Le lait, au lieu de monter aux seins se porte sur les divers organes, sur l'utérus en particulier et provoque la douleur et la fièvre, surtout s'il ne peut s'écouler sous forme de lochies.

La troisième période commence vers la fin du XVIII^e siècle ; c'est la théorie phlogistique qui l'emporte. G. Hunter (4) signale la péritonite comme lésion primitive dans la fièvre puerpérale, Johnston, Walter, Gordon, Bichat, Capuron (5), Delaroche, Laënnec, Gasc, Pinel se rattachent à l'idée de Hunter ; pour eux, le point de départ de la phlogose est dans le péritoine. Dance (6), Tonnelé, Danyau, Mercier, accusent surtout la métrite, la phlébite, la lymphangite. Baudelocque, dans son traité de la péritonite puerpérale, admet surtout le point de départ péritonéal.

D'autres auteurs, parmi lesquels Kirkland, Quacin, Desgranges, Vogel, Bosquillon, Stoll, Alibert, Baumers

(1) Puzos. — Traité des accouchements. Paris 1742.

(2) Van Swieten. — Comment, in aphor. de curatione morborum, Leyde 1742.

(3) Douillet. — *Journal de médecine* 1782, A. 58, p. 448.

(4) Hunter. — Œuvres complètes. Traduction de Richelot. Paris 1813.

(5) Capuron. — Traité des maladies des femmes. Paris 1812.

(6) Dance — Archives gén. de médecine. 1828, 1^{re} série, t. 17, p. 473.

prétendent que la fièvre puerpérale n'existe pas en tant que maladie spéciale, mais que les femmes en couches sont plus prédisposées à contracter les différentes maladies qui peuvent atteindre l'organisme humain ; l'état puerpéral donne à ces affections une gravité spéciale.

La quatrième période prend naissance au milieu de ce siècle. Pouteau, Ozanam, Cruveilhier considèrent la fièvre puerpérale comme une affection contagieuse des accouchées, affection analogue à la fièvre des hôpitaux, à la fièvre des blessés : C'est l'infection putride, le typhus puerpéral.

L'académie de médecine (1), dans la grande discussion qui eut lieu en 1858, se partage en deux camps. Depaul G. Dubois, Danyau regardent la fièvre puerpérale comme une maladie générale pouvant exister, en dehors des suites de couches ; c'est « une intoxication générale due à une typhisation du milieu sanguin. » Bouillaud, Cruveilhier, Cazeaux, Velpeau, Beau, Piorry la considèrent comme une affection primitivement locale. Trousseau entrevoit la vérité ; pour lui, quelque chose de spécifique vient s'ajouter à la plaie placentaire pour produire la fièvre.

La cinquième période est la période microbienne. Les découvertes bactériologiques éclairent la pathogénie de la fièvre puerpérale d'un jour tout nouveau. Mayrhofer (2) en 1865, constate dans les lochies des femmes atteintes de fièvre puerpérale, des vibrions mobiles qui, d'après lui, seraient la cause de l'infection.

Recklinghausen, Waldeyer, d'après Doléris constatè-

(1) *Bulletin de l'académie de médecine*. Février-mars 1852.

(2) Mayrhofer. Cité par Doléris.

rent ces mêmes micro-organismes dans les lochies, dans les plaies puerpérales, dans les lymphatiques utérins, et dans les diverses lésions de la septicémie puerpérale.

Orth trouve en 1873 des microcoques en chapelets, dans les lochies.

Birsch-Hirschfele en 1874, Spillmann, Köhrer en 1876 trouvent des vibrions et des bactéries.

Coze et Feltz (1) ont trouvé des bactéries dans le sang des accouchées atteintes de formes graves de fièvre puerpérale. Pasteur fit ses premières recherches sur ce sujet en 1879 et 1880. Doléris son élève montre que le microbe trouvé dans l'infection puerpérale est un microcoque en chapelet qui n'existe pas chez la femme bien portante.

« L'infection puerpérale est une infection qui n'emprunte rien de spécial à l'état particulier des accouchées. Les accouchées sont seulement des blessées, et les cas d'infection par l'utérus de la septicémie puerpérale sont les plus fréquemment observés ; ce n'est qu'exceptionnellement, dans les milieux contaminés à l'excès que l'infection se produit par d'autres voies. L'infection n'est pas toujours identique ; ses variétés résultent de plusieurs conditions dont les principales sont : le degré de résistance et la qualité du terrain, le soin que l'on apporte à augmenter cette résistance, à modifier la qualité du terrain, ou à combattre la cause ; par-dessus tout enfin, la nature de la cause elle-même, la nature du germe morbide (2). »

Pour lui donc, chaque espèce de microorganisme

(1) Coze et Feltz. *Gazette médicale de Strasbourg*. 1869.

(2) Doléris. La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs. Thèse de Doct. Paris 1880.

infectant la plaie placentaire produirait une forme spéciale et toujours la même d'infection puerpérale. Pour lui le microbe en chaînette produirait la pyohémie lente : le déplotocoque aurait à son actif les suppurations rapides et la bactérie, les septicémies foudroyantes, sans suppuration. Ces différentes formes appartiennent au même organisme dans les phases diverses de son développement.

Chauveau, Arloing après des expériences sur les animaux ont déterminé avec le streptocoque des septicémies expérimentales variables suivant le degré d'atténuation ou d'exaltation du streptocoque. Un seul agent peut donc suivant son activité provoquer des symptômes différents.

D'autres auteurs, Cushing, Frankel, Nøggeroth, Brieger, Widal ont signalé dans certaines infections puerpérales des microorganismes autres que le streptocoque.

Widal (1) dans sa thèse montre l'identité du streptocoque de l'érysipèle et du streptocoque puerpéral. C'est lui qui est l'agent sinon spécifique, du moins le plus fréquent de la septicémie puerpérale. Les autres microbes qu'on a trouvés dans l'infection des suites de couches n'interviennent probablement qu'à titre d'auxiliaires dans la production des symptômes généraux ; on a affaire dans ces cas à des infections mixtes, infections qui peuvent venir soit du dehors, soit des différentes surfaces muqueuses ou cutanées de l'organisme.

Comment agissent les microorganismes introduits dans l'utérus pour provoquer les symptômes de la fièvre ?

(1) *Widal*. Etude sur l'infection puerpérale, le phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. Thèse de Doct. Paris 1889.

Probablement de deux façons : par leur présence effective dans le sang où ils s'introduisent soit par la voie lymphatique, soit par les sinus veineux, et aussi par la production de substances toxiques, qui résorbées par le système circulatoire iront provoquer des troubles dans le système nerveux central ; troubles qui retentiront sur tout l'organisme par l'intermédiaire du système nerveux périphérique.

Le streptocoque, le plus souvent du moins, suffit à lui seul, suivant la quantité des agents et leur virulence, suivant le milieu, plus ou moins propice à son développement, qu'il rencontre, à produire les différentes formes cliniques et anatomiques aiguës ou chroniques de l'infection puerpérale ordinaire à porte d'entrée utérine.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue ces différentes formes pour juger quelles sont celles qui sont susceptibles d'être traitées par les bains froids.

Symptomatologie

De l'infection puerpérale

Les symptômes de l'infection puerpérale, ses localisations, son pronostic, varient suivant les cas, dans des proportions si considérables, que l'on a pu décrire, dans cette affection un grand nombre de formes. Cliniquement, et en tenant compte surtout des facteurs de gravité, on peut faire rentrer ces formes multiples dans trois groupes assez nets.

Dans une première classe de fait, rentrent les formes

dites frustes, atténuées, localisées, dont le pronostic est relativement bénin, puisqu'il y a tendance spontanée vers la guérison, et qu'on peut l'obtenir assez facilement par un traitement approprié.

Dans une deuxième classe, nous rangerons les cas de septicémie vraie ou septico-pyohémie : c'est là une forme grave, sévère, qui réclame une intervention prompte, énergique. Elle peut encore guérir, grâce à un traitement approprié, mais s'accompagne de nombreux accidents, expose à de graves complications et amène très rapidement une dépression considérable de l'état général. C'est contre cette forme, que le praticien, doit surtout lutter, et malgré les progrès réalisés dans son traitement, elle reste très grave.

Dans une troisième classe enfin prend place la septicémie maligne, à marche suraigüe sans lésions localisées, qui sidère le malade et entraîne presque toujours très rapidement la mort.

Nous omettrons à dessein de mentionner spécialement l'infection putride des anciens auteurs, occasionnée par la rétention et la résorption des produits en décomposition stagnants dans l'utérus : cette forme s'accompagne toujours d'infection proprement dite et rentre dans le cadre de la septicémie vraie ; elle ne saurait être isolée.

Forme de l'infection puerpérale

1^{er} GROUPE. — *Formes frustes, atténuées, localisées.*

Ces formes ont été récemment bien étudiées dans les

thèses de Basset, (1) de Jourdan (2) ou nous trouvons consignés les principaux travaux parus sur ce sujet. Elles ont été multipliées à l'excès, certains auteurs donnant le nom de forme à chacune des localisations de l'affection, même lorsqu'elles n'existent point à l'état isolé et ne se rencontrent que comme symptômes surajoutés dans le cours d'une septicémie puerpérale ordinaire. Nous allons cependant, pour être complet, les signaler rapidement, en nous arrêtant un peu plus longuement sur celles qui nous paraissent cliniquement les mieux établies.

Nous commencerons par la forme fruste, atténuée proprement dite, qui retentit sur tout l'organisme mais d'une façon bénigne, puis nous verrons les formes localisées, qui empruntent leur intérêt au siège même de cette localisation, et surtout celles où les organes pelviens, l'utérus source de l'infection, le péritoine sur lequel elle retentit, sont plus particulièrement atteints.

1^o *Forme fruste, atténuée.* — Bien décrite par Basset, c'est une des plus communes. Les symptômes qui la caractérisent surviennent du troisième au douzième jour. L'accouchée accuse un peu de céphalalgie, des malaises vagues, des douleurs de reins, de la courbature, la langue est saburrale.

La température d'abord normale s'élève progressivement et atteint en 2 ou 3 jours 38°, 38° 5 le soir, avec de légères rémissions matutinales. En même temps le pouls s'accélère il va de 80 à 104, 108 pulsations. On a noté des

(1) Basset. — Septic. puerp. atténuée th. doct. Paris,

(2) Jourdan. — th. Bordeaux. 1893.

frissons assez intenses, des vomissements, de la diarrhée, un facies blafard, et de l'albuminurie.

Quelques injections intra-utérines font disparaître ces symptômes inquiétants et tout rentre dans l'ordre. Dans une forme encore plus bénigne, la température s'élève à 38°,5, le pouls n'atteint pas 100 pulsations, et après 3 ou 4 jours de malaise, d'embarras gastrique mal défini, l'état normal reparait sans qu'on ait donné à la femme d'autres soins que des lavages de propreté et imposé autre chose qu'une légère restriction dans son alimentation.

2° *Formes localisées.* — *Forme vulgo-vaginale.* — Dans cette forme, rentrent les cas où l'infection des organes génitaux externes, se traduit par une simple production de pus, par des phénomènes inflammatoires, que les injections antiseptiques chaudes guériront assez facilement. Mais elle renferme aussi les cas plus spéciaux, que l'on a désignés sous le nom de *forme diphtéroïde*, ou *pseudomembraneuse* : vers le quatrième ou cinquième jour après l'accouchement, apparaissent, sur la face interne des grandes et petites lèvres, sur la muqueuse vaginale, des exsudats, revêtant l'aspect diphtéroïde, mais dont l'agent ordinaire est le streptocoque.

Dans ces cas, d'ailleurs, la septicémie reste généralement localisée : l'état général est bon, la température est très peu élevée ; sans le thermomètre, on ne remarquerait pas sa légère ascension.

Les fausses membranes tombent en général au bout de quelques jours, sous l'influence de quelques pansements antiseptiques, et la guérison est complète.

3° *Forme mammaire.* — Dans cette forme rentre, la

mammite des accouchées, la mammite de l'allaitement, qui comprend tous les degrés depuis le simple engorgement douloureux de la glande qui se termine par résolution, jusqu'au phlegmon de la mamelle, qui peut provoquer des symptômes généraux bruyants. La douleur qui les accompagne attire vite l'attention sur cette forme d'infection localisée.

4° *Forme rénale.* — Décrite par quelques auteurs, cette forme se combine plus ou moins avec les formes précédentes ; elle est caractérisée surtout par la diminution de la quantité des urines et par la présence de l'albumine ; c'est un phénomène important sur lequel insiste Bouchard (1). Cette forme n'a pas d'existence propre.

5° *Forme phlébitique.* — Connue depuis longtemps, la *phlegmatia alba dolens* a été particulièrement bien étudiée récemment par Vidal. C'est une des rares formes dans lesquelles nous croyons l'emploi des bains contreindiqué, à cause de la possibilité de détachement d'un caillot ; nous n'insisterons donc pas.

6° *Forme cutanée.* — Cette forme n'a pas une individualité propre ; elle accompagne ordinairement les diverses formes de septicémie généralisée. Les éruptions de la puerpéralité peuvent prendre différents types ; erythèmes divers, scarlatiniformes, herpès gestationis, etc. ; leur étude n'est pas encore bien faite ; on se gardera, en tous cas, de les confondre avec les éruptions médicamenteuses qui peuvent survenir par la résorption des différentes substances antiseptiques injectées dans les voies génitales.

(1) *Bouchard*. Nephrites infectieuses. Loc. clinique. 1880.

7° *Forme pleurétique.* — Caractérisée par la présence d'un épanchement ordinairement purulent ou séro-purulent dans une des plèvres ou dans les deux ; elle s'accompagne d'une gêne considérable de la respiration.

8° *Forme pulmonaire.* — Dans cette forme, on observe une dyspnée intense accompagnant des congestions pulmonaires des bases, parfois des noyaux de pneumonie ou de broncho-pneumonie.

9° *Forme cardiaque.* — Le péricarde, l'endocarde, le myocarde peuvent être touchés par l'infection puerpérale, d'où la prédominance des phénomènes cardiaques à ce moment.

10° *Forme arthritique.* — Cette forme est caractérisée par le développement d'arthrites ordinairement purulentes, qui se développent sous l'influence de l'agent infectieux charrié dans le sang.

11° *Forme méningitique.* — Analogue, au point de vue pathogénique, aux formes précédentes. On note dans ces cas une céphalalgie violente et un ensemble de symptômes rappelant la méningite aiguë.

12° *Forme cérébrale.* — Elle s'accompagne aussi de céphalalgie, de délire, de paralysies diverses et parfois de troubles mentaux.

Toutes ces formes rares ont été rencontrées dans diverses épidémies suivant que telle ou telle lésion anatomique prédominait, mais elles n'ont rien de spécial et s'accompagnent fatalement d'une infection générale qu'elles masquent plus ou moins. Elles peuvent revêtir parfois une grande gravité. Nous signalons simplement.

13° *Forme intestinale.* — Cette forme qu'on peut

encore appeler la stercorémie puerpérale est plutôt une pseudo-septicémie puerpérale. Le point de départ de l'injection n'est pas dans l'utérus, mais dans l'intestin, Bouchard (1) l'a bien étudiée. Les accoucheurs, dit-il, savent bien que certains accidents fébriles qui surviennent pendant les suites de couches, disparaissent avec l'évacuation alvine spontanée ou provoquée ; d'où des péritonites spéciales, d'origine intestinale. Nous ne pouvons nous arrêter à décrire cette forme bien étudiée par Laruelle, Pudochl et Fraenkel, Achalme et Courtois-Suffit (2), Chantemesse, Vidal et Legry (3), Malvoz, Budin (4), Tarnier.

Tantôt il y a auto-intoxication par résorption de diverses toxines élaborées par les microbes de l'intestin; le coli bacille en particulier, tantôt l'intestin plus ou moins traumatisé par l'accouchement peut présenter un *locus minoris résistentiæ* qui favorise l'absorption directe du coli bacille ou sa migration vers la cavité péritonéale

Cette forme de pseudo-septicémie puerpérale peut s'accompagner de fortes élévations de température et de phénomènes généraux graves en apparence. Le tout disparaît par une débâcle intestinale spontanée ou provoquée.

Il est évident que dans cette forme on ne songera pas à administrer de bains froids.

(1) Bouchard. — Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies. Paris 1885.

(2) Achalme et Courtois-Suffit. — Du rôle des microbes dans l'étiologie et l'évolution des péritonites aiguës. *Gazette des Hôpitaux*. 1890; p. 1189.

(3) Chantemesse, Vidal et Legry. — Des infections par le coli bacille. *Scien. méd. des Hôp.* 1891.

(4) Budin. — Rapports de l'utérus avec l'intestin au point de vue clinique. *Scien. médicale* 1893.

Les formes localisées, qu'il nous reste à étudier, formes utérine, péri-utérine, sont plus intéressantes, car elles relèvent de l'affection primordiale, puerpérale, et nous montrent les progrès, la marche de cette infection, qui primitivement locale, utérine, tend à se généraliser, envahit les organes pelviens en particulier, tout en se cantonnant dans le petit bassin, et sans que le retentissement sur l'état général soit bien considérable. Elles sont d'ailleurs très fréquentes, et d'autant plus dignes d'intérêt qu'elles peuvent, par un traitement bien conduit, rétrocéder et guérir. La forme péritonéale, elle, s'accompagne de phénomènes généraux graves et nous conduira aux formes septico-pyohémique.

14° *Forme utérine.* — La forme utérine, ou métrite septique des auteurs, débute ordinairement 3 ou 4 jours après l'accouchement. Elle se caractérise essentiellement par une douleur sourde granative dans la région hypogastrique, douleur exagérée par la pression au niveau de l'utérus, par du ballonnement de l'abdomen. Simultanément la température s'élève à 38°5, 39, rarement plus ; le pouls atteint 100, 110 ; le facies est calme, l'appétit à peine diminué ; les lochies sont moins abondantes et un peu odorantes. La guérison peut survenir en quelques jours, après les injections intra-utérines antiseptiques. L'infection cependant peut gagner les trompes ou le péritoine et de ce fait s'aggraver.

15° *Forme péri-utérine.* — Cette forme tout en étant localisée comme la forme suivante, comprend toutes les manifestations de la septicémie puerpérale du côté du péritoine pelvien et des organes qu'il enveloppe ; elle

diffère de la forme péritonéale en ce sens que la réaction générale est ordinairement moins intense et que les troubles locaux, la douleur surtout, siègent dans le petit bassin ou tout au moins dans la région sous-ombilicale.

16° *Forme péritonéale.* — Sous cet forme l'injection s'est généralisée à toute la séreuse abdominale. Elle est caractérisée par un frisson assez long, intense, avec sensation de froid, yeux excavés, nez pincé, douleur aiguë spontanée s'étendant à la totalité du ventre avec points spécialement sensibles dans la région péri-utérine. En même temps qu'il devient douloureux, l'abdomen se ballonne, il y a du tympanisme. La température atteint 39°5, 40, et au-dessus ; elle va souvent à 41° et se maintient toujours élevée. Le pouls est à 120, 130 et devient parfois petit filiforme, il se maintient au-dessus de 100. On observe en même temps des vomissements qui en peu de temps deviennent porracés ; à la constipation, fait suite une diarrhée abondante très fétide. C'est en somme de la septicémie généralisée à prédominance péritonéale. C'est une forme de transition entre les formes frustes et les formes graves généralisées. Cette péritonite puerpérale peut recéder en quelques jours, par un traitement approprié, comme aussi elle peut entraîner la mort dans un délai relativement court.

Dans une thèse récente Bruyant (1) décrit une forme atténuée de fièvre puerpérale qu'il dit avoir rencontré mais dont il ne donne pas d'exemple net. C'est la forme aseptique,

(1) Bruyant. — Des principales causes d'élévation de température chez les accouchées. Thèse de Paris 1895.

Il n'est guère du ressort de notre sujet de discuter l'existence de cette fièvre des accouchées sans infection. L'auteur lui-même n'ose pas l'affirmer d'une façon absolue. Il n'a du reste aucun examen bactériologique à l'appui de son opinion. Jusqu'à plus ample démonstration nous laisserons donc cette forme de côté. Il y a là une théorie dangereuse qui sous prétexte de fièvre aseptique empêcherait de donner à des femmes réellement infectées les soins que nécessite leur état.

DEUXIÈME GROUPE

II. *Septicémie vraie ; Septicopyhémie.* — Nous allons passer rapidement en revue dans un même chapitre ces deux formes qui sont toutes les deux fort graves, qui sont accompagnées de phénomènes généraux intenses et ne diffèrent guère que par la marche de la température. Il est probable que dans les deux l'agent causal est le même ; mais son mode d'action est un peu différent ; dans l'une il agit surtout par la formation de produits toxiques, dans l'autre il est transporté en nature dans le sang et va former des colonies plus ou moins actives dans les différentes parties de l'organisme. Cette explication n'est qu'une hypothèse, mais hypothèse qui semble bien probable d'après les travaux bactériologiques récents.

Dans la forme *septicémique*, la maladie peut éclater à une époque variable suivant le moment où la femme a été infectée. Parfois les accidents graves se développent dès le travail. Le plus souvent c'est le 3^e ou le 4^e jour après l'ac-

couchement qu'ils apparaissent. Ce sont les symptômes généraux qui ordinairement ouvrent la scène et la dominant. La température jusque-là normale s'élève à 38°, 38°,5, puis le soir atteint 36°,5, ou plus. Cette élévation se fait avec ou sans frisson ; ordinairement quand elle est rapide elle est accompagnée d'un frisson intense d'une durée d'une demi heure à trois quarts d'heure.

Les symptômes locaux au début sont peu marqués : il y a diminution de la quantité des lochies, ou disparition même ; on y remarque une légère odeur des écoulements vaginaux.

La malade souffre peu ; il y a une légère sensibilité de l'abdomen, surtout au voisinage de l'utérus, mais la femme éprouve simplement un peu de malaise et de l'abattement.

Ces accidents du début ne tardent pas à s'aggraver en un jour ou deux, ils prennent une allure plus inquiétante. La température reste au voisinage de 40° avec de très faibles rémissions matinales, 39°,5 ; rarement elle descend au-dessous ; en revanche le soir elle atteint fréquemment 41°. Le pouls est autour de 120 pulsations.

La langue est saburrale, humide au début, puis devient sèche ; l'inappétence est prononcée, la soif est vive, on a noté souvent des vomissements.

Le ventre légèrement ballonné est un peu douloureux.

Il y a ordinairement de la constipation à laquelle succède quelques jours plus tard une diarrhée fétide. Dans certains cas on observe de l'ictère ou une teinte subictérique sans décoloration des matières fécales.

L'haleine est odorante, parfois même fétide, la respiration accélérée peut aller jusqu'à la dyspnée, surtout quand

le ballonnement du ventre est très développé. On a noté des épanchements pleurétiques, des congestions pulmonaires, des noyaux pneumoniques, des troubles cardiaques entre l'accélération du rythme, peuvent être parfois perçus par l'oreille : on a signalé des péricardites, des endocardites, des myocardites puerpérales.

Les urines sont diminuées de quantité et présentent une dose notable d'albumine.

Le facies prend une teinte jaunâtre terreuse, caractéristique des infections profondes. Quand les accidents péritonéaux dominent il peut prendre cet aspect grippé que nous avons signalé à propos de la forme péritonéale. Apart la céphalalgie, les troubles cérébraux sont ordinairement peu intenses au début ; il y a simplement de l'abattement, de la torpeur. Le délire peut coïncider avec les fortes hyperthémies ; il est surtout nocturne et peu agité ; la malade a de la carphologie. Dans certains cas il y a prédominance des accidents cérébraux, délire intense, céphalalgie extrême, hémiplegie même, d'où la création d'une forme cérébrale, d'une forme méningitique de la septicémie puerpérale.

En même temps que se produisent ces phénomènes généraux, les lochies peuvent reprendre leur cours ; elles sont alors saieuses, sanguinolentes, contenant quelques caillots noirâtres, et extrêmement fétides. Avec cette reprise de l'écoulement lochial peut coïncider un amendement de tous les symptômes. L'organisme peut prendre lentement le dessus et arriver progressivement à la guérison. Cette terminaison est rare. Le plus souvent le processus infectieux suit sa marche, l'affaiblissement va croissant, le pouls va à 160 et plus ; il devient incomptable, la malade a des sueurs

profuses, visqueuses et tombe dans un délire tranquille qui se termine par le coma et la mort. Celle-ci peut survenir au bout de quelques jours, 5 ou 6 ordinairement, ou de 15 ou 20 jours. La durée varie suivant la résistance du sujet et l'intensité de l'infection.

Dans la forme *pyohémique* pure, on a des symptômes généraux à peu près analogues sur lesquels nous ne pouvons insister ; mais ce qui distingue surtout cette forme, c'est la marche de la température qui a une allure toute spéciale. Il y a un grand frisson initial qui s'accompagne d'une élévation brusque de la température à 41°, 42°, et d'une accélération du pouls qui atteint 130, 140. Puis survient une sensation de chaleur intense, excessive, suivie de sueurs profuses et d'abaissement brusque de la température qui peut tomber en quelques heures à 38°5, 38°, parfois même à la température normale et au-dessous. La rémission de la température est ordinairement matinale. Elle se maintient entre 38 et 39° pendant 24, 48 heures et survient un nouvel accès d'ascension brusque semblable au premier. C'est à Wunderlich qu'on doit la description de la fièvre. Les accès se succèdent ainsi à intervalles plus ou moins inégaux.

Dans cette forme l'ictère est fréquent, de même que les diverses manifestations dites métastatiques. On peut voir se former des arthrites purulentes, des abcès dans les différents viscères : foie, rate, poumons, reins, cerveau, dans le tissu cellulaire, les muscles, les gaines tendineuses, des épanchements purulents dans la plèvre, la péricarde, etc.

Cette forme est très grave ; les malades finissent par

être emportées par épuisement si elles ne succombent pas au préalable par les phénomènes d'intoxication.

3^e GROUPE. — III. *Septicémie maligne, septicémie suraiguë sous lésions.*

Cette forme constitue le dernier degré de gravité de la septicémie puerpérale :

Le streptocoque a acquis sa virulence maxima, charrié par le torrent circulatoire, il prolifère si rapidement, qu'il n'a pas le temps de coloniser. « Ici, dit Perret (1), l'empoisonnement est tel, l'absorption du virus est si rapide qu'il n'a pas le temps pour ainsi dire de se localiser en un point quelconque. Aussi il n'y aura que des symptômes généraux, sans manifestation vers un organe particulier, et, à l'autopsie, fait capital, on ne trouvera aucune lésion. »

Maygrier (2) a aussi bien étudié cette forme de septicémie suraiguë ; tous les auteurs sont d'accord sur ce fait que l'autopsie est négative. Cette forme de septicémie peut se rapprocher de celles des grandes opérées qui meurent le 2^e et le 3^e jour avant d'avoir pu faire du pus dans leur péritoine traumatisé et infecté. (3)

Cliniquement cette forme se caractérise par l'apparition des accidents quelques heures après l'accouchement,

(1) Perret. — De la septicémie, Thèse d'agrégation, 1830.

(2) Maygrier. — Des formes diverses d'épidémie puerpérale. Thèse d'agr. 1883.

(3) Voir Jayle. — La septicémie péritonéale aiguë post opératoire. Thèse de Doctorat, Paris 1895.

quelquefois le lendemain, rarement le surlendemain. Il peut ne pas y avoir de frisson ; le premier symptôme est une élévation considérable de la température. Le lendemain il peut y avoir une légère rémission matinale, puis la température s'élève graduellement jusqu'à la mort. Le pouls est rapide, faible, puis irrégulier, puis enfin imperceptible.

On note quelques vomissements des éructations fréquentes, un état nauséux, une diarrhée abondante. Ordinairement il n'y a pas de douleur, pas de ballonnement du ventre.

La respiration s'accélère et devient dyspnéique, puis angoissée. L'abattement devient de plus en plus profond, les traits sont profondément altérés, et la mort survient dans le collapsus. A l'autopsie on ne trouve rien, à peine un peu de congestion des reins et de la rate.



Indications des bains froids dans l'infection puerpérale

Dans cette revue rapide des formes de la septicémie puerpérale, nous avons pu voir des cas tout à fait disséminables. L'infection due à des micro-organismes spéciaux, au streptocoque en particulier, se fait localement par la plaie utérine consécutive à l'accouchement ; suivant le nombre des agents pathogénies, suivant leur virulence, suivant le terrain plus ou moins favorable qu'ils viennent envahir, se trouveront réalisées les formes de l'infection puerpérale ; forme atténuée, souvent ; formes localisées, selon l'état de plus ou moins grande résistance de tel organe ; formes généralisées, sévères et même fatales quand, soit du fait même des microbes, soit du fait de leurs toxines, l'organisme tout entier se trouve envahi, empoisonné ; d'où la réalisation de l'état typhoïde, propre aux grandes toxinfections, avec son cortège, de symptômes hyperthermiques, ataxo-adiynamiques. Il était tout naturel et logique, de diriger contre cet état typhoïde, une médication antithermique et dynamogénique par excellence : le bain froid ; les praticiens n'ont pas manqué de le faire et ils en ont tiré grand profit pour leurs malades.

Dans quelles formes de l'infection puerpérale, devra-t-on l'employer : Dans les formes frustes, atténuées, de courte durée, et dont la tendance spontanée est la guérison : il est bien évident qu'il n'y a point lieu d'y songer. Parmi les formes localisées, certaines n'ont pas d'existence propre, et c'est l'état général sur lequel elles viennent se greffer, que l'on doit surtout considérer. Est-il bon, la

fièvre est-elle modérée, la prostration nulle ? L'infection est purement locale, et c'est localement qu'il faut agir. L'hyperthermie au contraire est-elle considérable, le pouls irrégulier, petit, rapide, la torpeur très marquée ? nous avons alors le tableau des formes graves de la septicémie puerpérale, et les localisations n'ont plus le même intérêt. C'est contre l'état général qu'il faut lutter et nous en retrouverons bientôt les indications.

Les formes localisées, pelviennes, de l'infection sont plus intéressantes au point de vue spécial qui nous occupe. Dans la forme utérine simple, la réfrigération locale au moyen de la glace pourra rendre les plus grands services : elle calme la douleur et contribue à empêcher l'extension péritonéale. Si cette extension se produit, l'on se trouve en présence des formes péri-utérine et péritonéale : la première peut s'accompagner d'un état général très grave, mais elle aboutit généralement à la production de collections purulentes ; la seconde présente vite tout le tableau de la péritonite aiguë ; doit-on employer le bain froid ? C'est un point fort discuté, et nous le retrouverons en traitant des contre indications. A notre avis, on doit user du bain froid, qui, s'il ne peut avoir raison de ces formes, permet au moins de relever l'état général du malade, et le remet souvent en état de subir les interventions chirurgicales curatives.

L'hésitation permise dans ces cas, ne l'est plus lorsque on se trouve en présence des cas de septicémie grave, septicopyhémie ou septicémie maligne. Là, en effet, les phénomènes typhoïdes dominent la scène, l'hyperthermie est considérable, l'adynamie profonde, l'intoxication de

l'organisme générale. Toutes les indications des bains froids se trouvent réalisées, et l'on doit les instituer, dès que le diagnostic, est posé en se réglant sur la marche de la température.

Des divers modes de réfrigération

Affusion — Enveloppement mouillé — Bain froid

La méthode de réfrigération appliquée au traitement de l'élévation thermique dans les différentes maladies est très ancienne, nous l'avons vu ; bon nombre de cliniciens et de thérapeutes l'ont employée ; comme il arrive dans les cas où l'esprit est porté à l'étude d'une question intéressante, de très nombreuses opinions ont été émises tant sur le mode d'action de l'eau froide dans ces divers cas que sur la manière dont il faut l'employer. Nous n'avons pour but, dans notre travail, que d'étudier le bain froid, mais pour le faire avec méthode, il nous faut, en passant en revue les diverses opinions, les juger par les faits et tirer une conclusion des faits plutôt que d'émettre un avis basé sur de pures théories. Nous allons donc indiquer rapidement les modes de réfrigération qui ont été proposés ou employés sans nous arrêter, d'ailleurs, à toutes les dissertations qui ont accompagné leur apparition.

D'une façon générale, on peut diviser les modes de réfrigération en deux grandes classes, suivant que le refroidissement a porté sur tout le corps ou seulement sur une portion limitée de l'individu ; d'un côté, par exemple, nous placerons les bains et de l'autre les applications de

serviettes mouillées ; ces deux méthodes sont bien issues d'une même idée, mais chacune d'elles mérite des considérations spéciales. De même, nous établirons une distinction basée sur la durée de la réfrigération, sans que nous croyons nécessaire d'insister sur le bien fondé de cette division.

A. Réfrigération partielle

Deux méthodes se trouvent en présence, la lotion et la serviette mouillée.

1° *Lotion froide ou tiède.* — Le malade est couché sur le dos, complètement nu, rapidement on lui passe sur les bras, les jambes, les cuisses, le tronc, une grosse éponge mouillée d'eau à une température variable. Tandis que certains auteurs insistent sur l'emploi d'une eau à 12 ou 15°, d'autres préfèrent l'emploi de l'eau à 25 et 30° ; ceci répond à des indications spéciales comme nous aurons l'occasion d'y revenir par la suite. Quoiqu'il en soit, dans ce cas, on passe l'éponge deux ou trois fois sur le corps du malade, puis on l'enveloppe dans un drap sec et une couverture ; bientôt s'établit une sudation abondante, qui laisse après elle un bien-être général qui repose singulièrement le patient.

D'une façon générale, on peut dire que ces lotions sont bien supportées, mais qu'elles n'amènent qu'une faible chute de la température. Pour qu'elles soient utiles véritablement, elles doivent être renouvelées souvent, toutes les 3 ou 4 heures au moins.

2° *Serviettes mouillées.* — Le malade étant disposé comme précédemment on lui applique brusquement sur

le tronc une serviette trempée dans de l'eau froide ; ce que nous avons dit sur la température de l'eau à employer pour la lotion s'applique à ce cas encore, et nous n'y reviendrons pas. La grande différence entre la lotion et cette pratique est qu'ici on laisse la serviette sur le sujet tout en l'enveloppant de couvertures comme précédemment. L'action de l'eau froide est plus prolongée, elle est d'autre part plus limitée.

Ce traitement n'est pas des plus employés ; on lui préfère l'enveloppement dans le « drap mouillé » comme nous le verrons plus loin.

B. *Refrigération de tout le corps*

Ici les pratiques diverses sont bien plus nombreuses : quelques-unes, comme le coussin et le matelas qui sont peu employées sauf par leurs auteurs ; d'autres au contraire sont d'usage courant ; c'est dans cette classe que nous ferons entrer le « bain refroidi » et le « bain froid » proprement dit.

1° *Refrigération de courte durée.* — a. Le type de la réfrigération générale et de courte durée nous est fourni par l'*affusion froide*. Elle consiste dans la projection d'eau froide sur un malade placé dans une baignoire vide. L'application est éminemment brusque et la réaction ordinairement assez prolongée. Ce traitement a l'avantage de pouvoir être utilisé en même temps qu'un autre plus complet ou qui présente plus de garanties ; nous voulons parler du bain dont l'affusion peut n'être que le prélude.

b.) Après l'affusion ou sur le même rang on peut placer le *demi-bain* conseillé et mis en pratique par Gaillard

Thomas (1). Cet auteur place le malade dans une baignoire où on verse six à huit pouces d'eau ; des affusions sont faites en même temps sur la nuque et des frictions sur les membres. Il « insiste sur l'avantage qu'il y a à ne pas mettre d'emblée la malade dans l'eau trop froide, quitte à abaisser la température postérieurement. Ces considérations dernières rentrent d'ailleurs dans celles que nous avons émises plus haut. Le malade reste 15 à 20 minutes dans ce bain ; dans les cas graves où l'hyperthermie est forte, on peut prolonger la durée du demi-bain jusqu'à une demi heure.

c. Le *drap mouillé* est d'une pratique beaucoup plus courante. En effet, il a sur les autres méthodes parallèles l'avantage de ne pas nécessiter autant de dérangement du malade ; son action est très efficace et son emploi facile ; il ne demande pas la présence d'un appareil spécial et nous ne saurions trop insister sur les services qu'il peut rendre dans la pratique du médecin de campagne.

Le malade est déshabillé complètement ; sur un second lit placé à côté de celui où il est étendu, on étend successivement une ou deux couvertures de laine, puis un drap mouillé dans l'eau à la température jugée convenable dans le cas particulier. Le malade est alors placé sur ce drap mouillé ; on roule autour de lui le drap mouillé, puis les couvertures ; si bien que cet « emballage » est fait d'une façon très rapide ; l'effet en est très brusque.

C'est là la méthode que nous avons vu employer ordinairement dans les divers services où nous avons pratiqué

(1) Gaillard Thomas Intra utérines injections in the treatment of puerperal septicæmia — in New-York, med. journ. 1883, pages 347 et 656.

pendant le temps de nos études. Certains cliniciens agissent un peu différemment : G. Thomas, dont nous avons déjà parlé verse de temps à autre de l'eau sur le drap pour en entretenir l'humidité et il fait en même temps des frictions sur les mains et les pieds. Il n'y a là que des nuances ; au bout de quelque temps de pratique chaque médecin arrive à se faire une opinion personnelle ; nous n'insistons donc pas.

d) Avant d'arriver au bain froid, il nous reste à parler pour être complet de l'emploi du *matelas* et du *coussin d'eau*.

Playfair (1) place la malade sans aucun vêtement, sur un matelas rempli d'eau glacé. « Au matelas sont adaptés deux tubes en caoutchouc qui permettent de renouveler l'eau toutes les heures, au moyen d'une pompe. La malade est de plus recouverte de serviettes glacées. »

e) Gaillard Thomas a remplacé les affusions froides « par un procédé qu'il considère comme plus aisé à mettre en pratique et comme plus agréable à la malade. La disposition employée est la suivante : un coussin, formé par un tube de caoutchouc enroulé sur lui-même couvre tout l'abdomen, du cartilage ensiforme à la symphise pubienne. La partie supérieure du tube trempe dans un récipient d'eau glacée et le bout inférieur repose dans un autre vase. L'ensemble est amorcé et fait siphon. Ce procédé est en somme une modification plus ou moins pratique de celui de Playfair.

f) Il nous reste maintenant à parler du bain à proprement parler ; ici le malade tout entier est plongé dans

(1) W. P. Playfair in Brit. méd. journ. nov. 1877 p. 687.

l'eau pour y rester un certain temps. Cependant la manière de l'administrer varie suivant les auteurs et dans ce chapitre nous voulons indiquer toutes les méthodes employées. Dans un chapitre ultérieur nous dirons à quel avis nous nous rangeons.

Bains à température décroissante (Ziemsen)

Dans certaines circonstances on peut être appelé à baigner des malades affaiblies ou trop craintives pour être portées d'emblée dans l'eau à une température par trop basse. Ziemsen se basant sur ces préoccupations plutôt d'ordre moral que de caractère scientifique a pensé à employer le bain à une température de 5 degrés au-dessous de celle de la malade. Pour atteindre le but de la méthode il abaissait progressivement la température de l'eau en y ajoutant de la glace. Dès l'apparition du frisson la malade était retirée et on favorisait dès lors la réaction comme nous le dirons en parlant de la technique du bain. Le choc du froid est supprimé et c'est le grand inconvénient de cette manière de procéder.

Bain tiède refroidi du P^r Bouchard

Le bain de Ziemsen supprime le choc du froid, mais il est continué jusqu'à l'apparition du frisson ; dans le bain de M. Bouchard le froid agit plus rigoureusement dès l'abord, mais l'action en est supprimée plus tôt, car ici l'eau est au début à une température de 2 degrés au-dessous de celle de la malade ; puis elle est refroidi toutes les dix minutes jusqu'à 30° ; au bout de dix minutes à cette température la malade est reportée dans son lit. C'est là une sorte de méthode mixte qui procède de la première et qui

réclame une répétition assez rapide des séances de réfrigération.

Bain du P^r Dieulafoy

D'après l'état de la malade on peut commencer la réfrigération différemment ; c'est ainsi que si le délire est intense, on emploie d'abord l'affusion froide ; mais dans les cas ordinaires, la température au début est de 23 à 25°. Progressivement l'eau est refroidie et portée ainsi au bout de quelques dix minutes à 20° minimum ; très rarement la température du début sera de 20° ; quelque soit l'état de la malade, qu'elle frissonne ou non, jamais le bain ne dépassera un quart d'heure ; au bout ce temps, on suspendra la séance de réfrigération pour favoriser le réchauffement de la patiente et la sécrétion sudorale toujours très abondante. Pendant la balnéation, des compresses glacées sont maintenues sur la tête, pour éviter les accidents de congestion toujours possibles pendant ces changements prolongés de la température. Quatre à six de ces bains suffisent dans l'espace de 24 heures.

Bain de Brand

Comme le faisait remarquer Juhel-Rénay « il faut entendre sous le nom de bain froid toute immersion dans l'eau ayant tout au plus 25°. A partir de ce chiffre, au-dessus de lui le bain est plus ou moins tiède ; au-dessous de 18° il est très froid ».

Pour les cas simples, la température de l'eau sera donc de 18° à 20° ; si les malades s'y refusent complètement, on

peut donner le premier bain à 22° puis le second à 20° et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on l'ait habitué à la température de 18° ; d'ailleurs c'est la température de la malade, son pouls, et qui doivent régler la fraîcheur du bain aussi bien que sa durée (J. Rénoy).

Dans tous les cas on doit prolonger la séance de balnéation jusqu'à ce que le frisson ait apparue ou plutôt jusqu'à ce qu'il produise nettement ; ce qui arrive pour l'ordinaire au bout de 15 à 20 minutes.

Toutes les trois heures le bain est renouvelé si on trouve 39° de température rectale ou 38°5 axillaire.

Après le bain le malade frissonne pendant un temps variable ; d'ailleurs dans l'intervalle du bain, le thorax et l'abdomen sont couverts de compresses froides (10°) qu'on renouvelle dès qu'elles s'échauffent, c'est-à-dire tous les cinq ou dix minutes. Brand a toujours insisté sur cette pratique, mais il faut convenir qu'il est difficile dans la pratique, d'obtenir de ceux qui veillent les malades des soins aussi assidus. L'emploi de ces compresses serait cependant utile car il permet de prolonger l'effet réfrigérant de la balnéation.

Technique du bain froid

Nous avons jusqu'ici passé en revue les diverses méthodes d'hydrothérapie appliquées au traitement de l'hyperthermie. Nous avons insisté particulièrement sur les divers modes d'administration des bains, mais nous

n'avons pas encore résumé d'une façon pratique, la conduite à tenir dans un cas donné, nous n'avons pas encore suivi pas à pas la série des diverses étapes que l'on doit parcourir pendant une séance de balnéation.

Tout d'abord il faut un certain appareil facile à trouver dans tous les cas : baignoire, brocs, thermomètres, eau froide et chaude, glace, toutes choses indispensables et sur le détail desquels nous n'insisterons pas. Disons simplement que la baignoire doit être grande et assez haute pour que la malade soit complètement recouverte par l'eau, que les thermomètres doivent être des thermomètres à maxima, et bien vérifiés ; nous ferons remarquer à ce propos que c'est la température rectale qu'on doit prendre, car la température axillaire ne peut servir de guide sérieux dès qu'on abaisse par un moyen quelconque la température périphérique.

Ceci étant dit, supposant la baignoire remplie d'eau à la température désirée et placée au voisinage du lit et à l'abri de tout courant d'air, comment doit-on procéder pour préparer la malade, la transporter et la mettre dans l'eau.

Soins à prendre avant le bain. — La malade déshabillée complètement et étendue sur le dos il est bon pour éviter la sensation désagréable de l'eau froide à l'entrée dans la baignoire, de lui faire sur tout le corps une ablution rapide avec une grosse éponge trempée d'eau à une température un peu inférieure à celle du bain.

Aussitôt après on la transporte à la baignoire dans laquelle on la plonge brusquement. On doit apporter un grand soin à ce transport de la malade ; il ne faut pas

oublier en effet qu'il s'agit d'une femme qui souffre de l'abdomen et chez laquelle on doit éviter autant que possible les efforts et les mouvements brusques. Nous conseillons de la transporter à deux le plus doucement que l'on pourra. Nous avons vu dans certaines observations qu'on laissait la malade aller à la baignoire elle-même ; c'est une pratique que nous ne pouvons admettre, comme règle générale ; on n'est que trop souvent obligé par les circonstances à supprimer les précautions les plus utiles.

Soins à prendre pendant le bain. — La malade doit être assise dans la baignoire et maintenu dans cette position. Dès son entrée il est bon de lui faire absorber quelques gorgées d'une boisson excitante, d'une potion alcoolique par exemple ; l'emploi des grogs chauds est d'une bonne pratique.

Dès l'abord il faut chercher à exciter la circulation périphérique et à empêcher la congestion des centres nerveux. Pour remplir la première indication il n'est pas de meilleur moyen que les frictions sur les membres et la poitrine, jamais sur l'abdomen, nous insistons sur ce point.

Pour la seconde plusieurs moyens peuvent être employés : soit maintenir une compresse glacée sur la tête, soit recouvrir la nuque d'une compresse mouillée d'eau très froide, soit plus simplement verser peu à peu sur la nuque, d'une manière presque continue et d'une faible hauteur, le contenu de plusieurs brocs d'eau plus froide que celle du bain.

Ce dernier moyen a le précieux avantage d'abaisser en même temps la température générale de l'eau de la

baignoire, on verra plus loin que nous préférons à toutes les autres méthodes, administrer des bains à 25° refroidis progressivement jusqu'à 20 et 18° suivant la pratique du Dr Dieulafoy.

Pendant toute la durée de la balnéation il faut continuer à faire prendre à la malade, de temps en temps, quelques gorgées de grog ; elle supporte ainsi bien mieux son bain et peut attendre le frisson recherché.

Au bout de dix, quinze, vingt minutes, quelquefois plus, la malade ressent plus vivement le froid qui l'envahit, elle claque des dents, la température centrale est abaissée, le bain est suspendu. Dans les cas très graves on peut laisser prolonger le frisson plusieurs minutes, c'est l'exception ; nous croyons préférable de répéter les séances de balnéation plutôt que de les prolonger par trop.

Soins à prendre après le bain. — Observer les mêmes précautions que celles qui ont été prises pour transporter la malade de son lit à la baignoire ; on la retire de l'eau et on la reporte sur le lit. Préablement on y a disposé successivement une couverture de laine et un drap bien sec. Essuyée ou non, ce qui a peu d'importance, la malade est emballée successivement dans le drap, puis dans la couverture ; quelques boules d'eau chaude sont appliquées au niveau des membres inférieurs. La malade prend quelques gorgées de boisson généreuse, puis elle est abandonnée pendant quinze à vingt minutes à son frisson qui peut se prolonger sans inconvénient, malgré son intensité.

Pendant cette période de repos il est préférable d'employer le décubitus dorsal qui favorise peu d'ailleurs l'hy-

postase pulmonaire et qui permet de laisser l'abdomen dans sa position de repos le plus complet.

Au bout de vingt minutes la température rectale est prise ; l'abaissement thermométrique n'atteint pas ordinairement un degré, nous verrons plus loin pourquoi ; mais l'état général est fortement relevé, le facies est plus reposé, la respiration plus égale, la circulation régularisée, le pouls plus fort.

Revêtue d'une chemise bien sèche, ayant bu quelque peu, la malade s'endort d'un sommeil réparateur au premier chef.

Faisons remarquer de plus qu'après chaque bain on doit pratiquer une injection vaginale antiseptique assez prolongée ; dans nos observations, on a fait passer dans le vagin à chaque fois deux à trois litres d'eau boriquée.

Si les symptômes physiques du côté du petit bassin sont accentués il est bon de même de replacer au-dessous du pubis une vessie de glace en permanence attendant le bain suivant.

Mode d'action des bains froids. —

Contre-indications.

Nous savons maintenant comment on peut administrer les bains froids et quelles sont les meilleures méthodes à employer ; nous avons vu en détail tous les points de technique qui peuvent présenter quelque intérêt. Il nous faut rechercher maintenant quand ils doivent être donnés, voir

quelles sont leurs indications pressantes, leurs indications moins absolues et rechercher même si dans certaines circonstances où la réfrigération est utile, le bain ne présente pas quelques inconvénients. Ce chapitre des indications et des contre indications découle tout naturellement d'une autre étude, nous voulons parler de la recherche du mode d'action de la réfrigération périphérique, et en particulier, des bains froids.

Voyons donc d'abord quels sont les effets du bain, cherchons quels changements se produisent tant dans l'habitus du malade baigné que dans les divers symptômes de sa maladie.

1° Abaissement de la température.

« Notre organisme, disait récemment encore M. le Professeur Bouchard (1), est réglé de manière à se maintenir automatiquement, je ne dis pas à une température constante, puisque même dans un milieu de température fixe, le thermomètre placé dans un organe intérieur marque régulièrement, à l'état normal, des oscillations d'un degré dans chaque période de vingt-quatre heures ; il est réglé au moins de manière à empêcher automatiquement des écarts de plus d'un demi degré au-dessus ou au-dessous de cette température moyenne que Jürgensen nous a appris à considérer comme une constante ». Les moyens employés par cet organisme pour défendre sa température contre les influences extérieures sont de plusieurs ordres ; il faut considérer en plus des sources de la production de la cha-

(1) *Bouchard*. — Du rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre. Congrès de Rouen, 10 mars 1894, in *semaine méd.* 4 avril 1894, p. 153.

leur animale la façon dont se fait la circulation périphérique et insister quelque peu sur le rôle de la sécrétion sudorale.

Pour ce qui est des combustions qui se passent à l'intérieur même de nos tissus et qui entretiennent la chaleur de l'individu, il est actuellement reconnu que le froid extérieur, même modéré, augmente la production de l'acide carbonique et la formation de l'urée ; qu'un froid un peu plus vif provoque le frisson avec granulation musculaire : l'activité plus grande de la destruction de la matière dans les cellules et la contraction musculaire augmentent la thermogénèse.

La circulation périphérique est intéressante à examiner ; le froid extérieur augmente-t-il, les vaisseaux capillaires et la peau se resserrent et la circulation cutanée est moins abondante ; une moins grande quantité de sang peut venir se refroidir au contact de l'air extérieur. La température de l'air ambiant augmente-t-elle un peu au contraire, ces mêmes vaisseaux capillaires de la peau se dilatent et le sang peut venir s'y refroidir en plus grande quantité.

D'autre part, plus la circulation cutanée est abondante, plus la sécrétion cutanée se fait facilement ; les glandes émettent une grande quantité de sueur, qui, par son évaporation produit une déperdition de carbonique difficile à apprécier en quantité exacte, mais assez notable pour être mise au premier rang.

Voilà par quels réflexes augmente la thermogénèse et tend à se restreindre la déperdition de la chaleur animale. Voyons donc comment le bain froid agit ici.

Nous devons dire d'abord qu'après le bain, la température est peu abaissée ; le thermomètre descend de quelques dixièmes à un degré et pendant quelques heures seulement. Nous avons été surpris de trouver écrit, dans une thèse récente, « que certains malades, au sortir du bain, ont perdu 1, 1,5 ou 2 degrés de chaleur ». Pour nous nous n'avons pas rencontré ces grands changements de température ; le fait que nous avançons ici a d'ailleurs été constaté depuis longtemps ; et dans la thèse de Hulaud (1) nous trouvons écrit la phrase suivante que nous tenons à rapporter toute entière :

« Si on plonge un fébricitant dans un bain froid, on remarquera un refroidissement de la peau et des parties périphériques ; mais la température rectale, fidèle image de celle du sang, maintiendra ces hauteurs fébriles, ou bien si elle baisse ce ne sera que de quelques dixièmes de degrés d'un degré au maximum. Ce fait a été parfaitement mis en lumière par les mensurations de Jügensen, Ziemsen, Senator etc. « Hulaud lui même sur plus de 60 cas de fièvre typhoïde traités par la méthode de Liebermeister, c'est-à-dire par les bains froids à 15° et d'une durée de 20 minutes environ, n'a pu observer un abaissement de température dépassant un degré ; d'autre part au bout de quelque temps, une demi-heure à une heure il a constaté l'ascension nouvelle de la température.

Tout ceci se comprend facilement ; l'organisme se défend par tous les moyens que nous avons indiqué contre le froid de l'eau ; aussi nous ne saurions trop répéter que

(1) *Hulaud*. — Traitement des pyrexies par l'eau froide, Th. de Paris, 1872.

pour que l'effet du bain soit véritable il faut que le patient sente l'effet du froid, qu'il frissonne et que son frisson dure quelque temps. « *Plus le frisson est long, plus le refroidissement est prononcé* » a dit Glénard ; c'est quand l'organisme ne sait plus se défendre contre l'invasion du froid que la température rectale baisse.

La température ne baisse pas seulement par perte d'une certaine quantité calorique, elle baisse encore et se maintient abaissée par suite de l'influence sédative que la réfrigération a sur le centre nerveux que tient sa sous dépendance la répartition générale de la chaleur animale. Claude Bernard paralysait par la section les nerfs vaso-moteurs de l'oreille d'un lapin, il en résultait une élévation de température sur le territoire ennervé. Tcheschichin (1) a cherché à démontrer qu'il existe au niveau du bulbe un arche spécial tenant sous sa dépendance les phénomènes de calorification de l'organisme et dont la paralysie détermine une exagération de la calorification en général ; son excitation par la réfrigération amènerait un phénomène nerveux. C'est là, il faut bien le dire, une explication un peu théorique d'un phénomène qui n'en est cependant pas moins certain. Comme le disait Kraus (2) l'année dernière à la Société impéριο-royale des médecins de Vienne, « dans l'état actuel de la science, il est encore impossible de donner l'explication du processus des phénomènes vaso-moteurs au cours de la fièvre ».

(1) Tcheschichin. — Zur feberlehre (deut. arch. f. klin. méd.) Leipzig, 1867.

(2) Kraus. Soc. impéριο-royale des médecins de Vienne, 17 mars 1854. in sem. méd., 1894, p. 143.

Un fait reste de toutes ces expériences et de toutes ces observations cliniques, c'est que la réfrigération périphérique *prolongée un certain temps* amène un abaissement de la température centrale qui dure parfois jusqu'à plusieurs heures, et c'est la seule chose importante au point de vue pratique.

2° Régularisation de la fonction nerveuse.

Deux phénomènes d'ordre opposé au premier abord mais qui, à bien considérer ici, sont liés cependant assez étroitement l'un à l'autre, sont à examiner ici ; d'une part l'action calmante du bain, d'autre part un pouvoir stimulant sur le système nerveux.

Soit qu'on se trouve en présence d'une malade en état d'adynamie très prononcée, soit que les symptômes ataxiques prennent le dessus, on se trouve bien de la balnéation ; l'efficacité du bain, disait Naunyn (1), ne doit pas être attribuée à l'action antithermique, car le bain tiède permanent influence puissamment l'état du malade. Mais il faut remarquer que les auteurs s'entendent en général assez bien pour dire que la technique ne doit pas être absolument la même dans ces différents cas, ainsi en cas d'adynamie bien caractérisée le bain devra plutôt être court, superficiel, stimulant ; il sera bon de le faire précéder d'une affusion et de maintenir avec soin une irrigation froide de la région de la nuque pendant toute la durée de la séance. Dans les cas où les symptômes ataxiques sont prédominants, on aura plutôt recours au bain prolongé dont les effets sont plus durables.

(1) Naunyn.— Arch. f. experiment. pathol. u. pharmakob. Bard. XVIII. Heft. c. 2, p. 49, 1885.

4° Rétablissement du rythme respiratoire. — Au moment où la malade est plongée dans l'eau, on constate presque toujours une période d'apnée de quelques secondes, puis la respiration est brusque, rapide, saccadée ; tout ceci dure peu et le rythme respiratoire redevient rapidement plus calme ; dès la période de réaction commencée les inspirations et les expirations sont reposées, et très régulières. Tous ces changements sont en grande partie sous la dépendance de l'influence de la réfrigération sur la fonction nerveuse.

5° Tonification du cœur et des vaisseaux. — A la même cause on peut rattacher les changements qui surviennent dans le rythme cardiaque. On sait d'ailleurs combien la fonction respiratoire et la circulation sont intimement liées entre-elles.

Mais à côté du rythme proprement dit il faut considérer la force de la population artérielle qui est notablement augmentée. Les bruits du cœur sont plus forts, plus nettement frappés. La pression sanguine est augmentée en effet, la circulation accélérée, les chances de stase dans les organes notablement diminués ; de plus cette augmentation de la tension artérielle à une heureuse influence comme nous allons le voir sur l'exagération des excrétions organiques.

6° Action sur l'élimination des matières excrémentielles. — La série de transformation et d'échanges qui constituent l'amélioration et la désassimilation, aboutit au rejet des produits inutilisables, à la séparation des véritables déchets organiques ; ces matériaux excrémentiels, tous plus ou moins nuisibles ou toxiques doivent être éliminés ; il en est de même des toxines microbiennes formées au niveau

du point d'infection chez les malades en état de puerpéralité qui nous occupent.

A cet effet l'organisme dispose de plusieurs émonctoires, la peau et le tube digestif, le poumon et le rein. Il nous faut examiner le rôle du bain sur chacun d'eux.

L'influence sur la respiration à déjà été vue et nous n'y reviendrons pas ; nous n'insisterons pas non plus sur l'élimination par le tube digestif pour nous arrêter surtout sur les sécrétions sudorale et urinaire.

La peau tient peut-être après le rein la première place et si le filtre rénal devient insuffisant, c'est surtout vers elle que dérive la fonction dépuratrice ; on doit donc chercher à exagérer la fonction tégamentaire. Or nous faisons remarquer qu'au moment de la réaction, après le grand frisson, quand le malade enveloppé dans sa couverture de laine est laissé pendant plusieurs heures au repos le plus complet, nous ferons remarquer disons-nous que la sécrétion sudorale est extrêmement abondante.

Il en est de même de la sécrétion rénale ; aidée par la peau, soulagée d'un surcroît de besogne, la glande urinaire peut faire plus facilement face aux besoins que l'organisme réclame d'elle. L'albuminurie ne peut donc être considérée comme une contre-indication à la méthode des bains froids ; Brand a même cité des observations de néphrite infectieuse aigüe ou son traitement a donné les meilleurs résultats.

L'excrétion urinaire est augmentée de quelque façon qu'on veuille l'envisager ; la quantité des urines émises en 24 heures s'élève rapidement à un litre et plus au lieu de quelques centaines de grammes ; la dose d'urée éliminée est aussi plus considérable ; la toxicité urinaire persiste

grande et est la preuve de l'heureuse influence de la médication sur l'élimination des parois organiques ou microbiens.

7° Le bain favorise l'absorption des boissons toniques.

Le bain froid permet de faire absorber à la malade une quantité notable de liquides qu'elle n'aurait absolument pas consenti à ingérer auparavant. A cause de l'augmentation même de la quantité des urines et de la sécrétion sudorale, la malade a parfois une sensation de soif assez intense, elle réclame à boire et il est facile de lui faire prendre des liquides stimulants, des excitants diffusibles de toutes natures à forte dose, l'alcool en particulier qui lui donne une puissance de résistance assez considérable à l'infection.

En somme nous avons vu dans ce chapitre que le bain froid répond à toutes les grandes indications thérapeutiques, abaissement de la température, augmentation de la force de pouls, régularisation des mouvements du cœur et du poumon, sédation du système nerveux, élimination des produits septiques, absorption des boissons toniques.

Contre-indications

Aucune action nuisible ne peut elle être relevée contre l'emploi du bain froid ?

Quel que soit l'état du système nerveux il est indiqué ;

L'état du cœur, sauf myocardite très nette, ne peut qu'être amélioré ; une complication pulmonaire n'empêche pas d'y avoir recours ; la fonction rénale, même fort compromise est en grande partie rétablie. Donc pas de contre-indication d'ordre général.

En existe-t-il localement ; sur ce point nous ne pouvons nous associer aux idées qui ont été émises jusqu'ici. Macé (1) dans une excellente revue générale, déclare qu'il y a une contre indication impérative dans l'existence d'accidents de côté du péritoine, et tous les auteurs y compris Stoltz sont unanimes à le déclarer hautement. Pas de bains à une péritonite puerpérale, pas de bains à un phlegmon du ligament large. Le repos le plus absolu est la thérapeutique ordinaire de ce cas (Runge). Si on écoutait les auteurs à la lettre on pourrait craindre de n'avoir pas à employer souvent le bain froid, du moins pour les cas graves. Il faut bien penser que les formes sérieuses de la septicémie puerpérale n'ont pas tous les caractères d'une septicémie à proprement parler sans aucune localisation péri-utérine ; l'inflammation du petit bassin est fréquente, elle s'accompagne toujours dans les cas aigus d'accidents d'infection d'ordre général, que faudrait-il faire alors ? Donner de la quinine, un antithermique quelconque, c'est-à-dire suivre une conduite contraire à celle qu'on considère comme la plus capable de sauver la malade. Encore si on pouvait dire que le bain froid a une influence néfaste sur la collection du petit bassin, mais là n'est pas l'objection et récemment encore nous avons l'occasion de voir une malade dans ces conditions ; le traitement par les bains froids lui fut appliqué et elle y trouva les meilleurs avantages. Contrairement donc à l'avis ordinairement adopté nous disons qu'on ne doit pas abandonner une malade atteinte de septicémie avec phlegmon du ligament large ; le bain froid peut seul être capable

(1) Macé. — Traitement de la septicémie par la réfrigération, et en particulier par les bains froids. Gaz. hop. 15 décembre 1854, p. 1371.

de lui donner les forces nécessaires pour supporter l'intervention chirurgicale qui seule peut la guérir.

Une seule complication locale peut demander qu'on remplace le bain par une autre méthode de réfrigération, c'est la *phlegmatia alba dolens*. Ici on a à craindre qu'un caillot détaché ne provoque un accident immédiat, et dans ce cas il est préférable de faire la réfrigération avec les serviettes mouillées, les lotions. Mais on doit se rappeler que si ces divers modes de traitement échouent et si l'état général exige une thérapeutique sévère, il ne faut pas hésiter à recourir au bain en s'entourant des précautions nécessaires. Runge s'est trouvé bien dans un cas semblable de la balnéation.

On ne comprendrait pas d'ailleurs comment, pour éviter un accident d'embolie probable, mais non certain, on laisserait une malade aller rapidement vers une mort assurée.



Traitement résumé de la septicémie puerpérale.

Conclusions

Ce chapitre qui sert de résumé à notre travail et qui renferme nos conclusions est destiné à montrer comment nous comprenons en l'état actuel de nos connaissances le traitement de la septicémie puerpérale. Nous nous sommes efforcés de diviser ces modes thérapeutiques d'une manière rationnelle d'après l'évolution de la maladie, ce qui nous évitera les répétitions si difficiles à éviter dans un résumé de méthodes aussi nombreuses que celles qui ont été proposées.

A. Médication préventive

Elle a pour but de détruire les germes infectieux avant qu'ils aient envahi l'arbre génital ; elle repose aujourd'hui sur des bases solides puisque l'infection utérine au moment de l'accouchement peut seule lui donner naissance et qu'on est en mesure d'empêcher cette infection en prenant les soins de propreté chirurgicale qui doivent maintenant présider à toute intervention. Nous n'insisterons donc pas, ne voulant pas discuter ici l'opportunité des injections intra-utérines après l'accouchement ; ceci nous entraînerait trop loin et ne rentre pas dans le sujet de notre thèse.

B. Médication curative

1^e Première indication : Désinfection, antiseptie locale et générale.

a) Désinfection, antiseptie locale.

En présence d'une femme nouvellement accouchée et qui a de la température, la première idée qui doit venir à l'esprit est la possibilité d'une infection d'origine utérine. On doit alors palper l'abdomen et sentir l'écoulement vaginal qui existe ordinairement en même temps. Deux cas peuvent alors se présenter, ou bien la malade a été accouchée par le médecin lui-même ou bien le médecin aura été appelé après la malade accouchée par un confrère. Dans le premier cas si on est certain de n'avoir laissé dans l'utérus aucun fragment de placenta ou de membranes, une injection intra-utérine abondante antiseptique (sublimé à 1/2000; acide phénique à 10/1000) et un écouvillonnage devront d'abord être essayés, quitte à revenir ensuite à un traitement plus complet si les accidents ne s'amendent pas.

Si on n'est pas certain d'avoir eu complètement le placenta ou les membranes ou si n'ayant pas procédé à l'accouchement soi-même on n'a pas de renseignements précis, il faudra dès l'abord faire un curettage de la cavité utérine puis un écouvillonnage et une injection intra-utérine abondante.

b) Antisepsie générale.

Dès le début de l'affection, si les symptômes gastriques le permettent, il sera bon d'administrer des cachets de

naphtol β (0 gr. 50, 4 par jour) ; si les troubles gastro-intestinaux sont accusés, le meilleur traitement est encore un purgatif salin.

2° Deuxième indication. — Défendre les tissus contre l'hyperthermie.

a) Antithermiques.

Dès la première élévation de température, on administrera de l'antipyrine (1 à 3 gr.) ou du sulfate de quinine (0 gr. 50 à 1 gr.)

b) Bains froids.

Mais il ne faut pas prolonger cette médication et si dès le lendemain la température n'est pas revenue pour ainsi dire à la normale, il faut commencer l'administration des bains.

Nous avons vu que la méthode qui convient à la majorité des indications est celle du professeur Dieulafoy : bain à 25°, progressivement refroidi jusqu'à 20 et 18° ; durée de 15 à 20 minutes ; attendre le frisson, le respecter puis réchauffer la malade ; prendre la température 20 minutes après le bain.

Dès qu'elle atteindra 39°, donner à nouveau un bain de la même manière ; on peut donner ainsi avec avantage un bain toutes les 4, 3 ou 2 heures. Nous insistons sur la nécessité de donner des bains la nuit comme le jour pour ne pas perdre les bénéfices de la médication déjà employée.

Si les symptômes adynamiques sont très prononcés, le bain pourra être donné plus court et plus répété.

3° Troisième indication. — Accroître la résistance organique.

Pour soutenir les forces de la malade, il faut la sou-

mettre à une médication tonique : bouillon, lait à doses faibles mais souvent répétées, toutes les heures ou toutes les deux heures ; il est préférable de les donner froids.

Les boissons alcooliques doivent aussi être employées. L'alcool est un médicament sthénique qui exerce une puissante action sur la nutrition et qui trouve son application pendant toute la durée de la fièvre (G. Sée). Il a le pouvoir d'augmenter l'absorption de l'oxygène et de favoriser aussi les oxydations, à condition toutefois de le donner à des doses modérées (50 à 80 gr. par jour. A. Robin). De plus, il est antithermique et diminue la fréquence du pouls en combattant la faiblesse du cœur (G. Lemoine).

4° Quatrième indication. Favoriser l'élimination des produits infectieux.

Pour cela le bain froid, nous l'avons vu, est d'un précieux secours ; on peut l'aider dans son action en administrant une quantité assez considérable de boisson diurétique, en maintenant l'énergie circulatoire par une médication cardiaque, appropriée. Les purgations répétées tous les deux ou trois jours trouvent encore ici une bonne indication.

5° *Traitement des complications :*

Nous n'insisterons pas sur le traitement propre à chacune des complications qui peuvent marquer une impression spéciale sur la marche de l'affection qui nous occupe.

Contre les complications d'ordre infectieux général on aura parfois à combattre la diarrhée, les affections pulmonaires, cardiaques ou autres sur lesquelles nous passons. Nous ne citerons que pour mémoire les injections hypoder-

miques ou intra veineuses antiseptiques (1), et la médication antistreptococcique encore à l'étude.

Contre les complications locales de suppuration, la chirurgie réserve ses précieuses ressources ; dès qu'une collection est fermée, le but du chirurgien doit être de l'évacuer. Mais souvent l'état général ne permet pas l'intervention : les bains froids, nous l'avons vu, joints aux médications toniques, contribueront puissamment à remettre la malade en état de supporter l'opération qui la guérira.

(1) Kezmanzky. — Injection intra veineuse de sublimé dans la septicémie puerpérale, Arch. f. f. gyn., 22 sept. 91.

Vu :

Le Président de la Thèse,
A. LE DENTU.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



OBSERVATIONS

Observation I

Fièvre puerpérale traitée par les bains froids. (D^r Tussau).

Dans la nuit du 11 au 12 août 1888, vers une heure du matin, je fus appelé au château de M^{me} la comtesse de C..., près de M^{me} D... Cette personne, enceinte de huit mois, s'était aperçue depuis cinq jours, d'une perte à laquelle elle n'avait d'abord pas attaché d'importance. Cette perte devenue trop abondante au second jour, elle fit mander d'abord la sage-femme. Puis, dans la nuit du cinquième jour, la sage-femme, impuissante devant la perte devenue très copieuse, demanda un médecin.

A mon arrivée près de la malade, je suis en présence d'une personne de 36 ans, qui avait eu déjà quatre enfants, dont deux dans un accouchement gémellaire qui remontait à deux ans et demi. Notons à l'appui de la thèse de la détresse physique et morale développée par Hervieux, comme prédisposant aux complications des femmes en couches, que cette personne s'était fait un grand chagrin de cette dernière grossesse. Elle craignait, bien à tort, que cette naissance ne fut pas la bienvenue de ses maîtres. Et cet ennui ne l'avait pas quittée pendant toute sa gestation. Bref, sa grossesse n'était pas à terme quand l'hémorrhagie était survenue. Elle attendait son accouchement un mois plus tard. De là, son insouciance d'abord.

Elle avait perdu beaucoup : la figure avait pris le teint jaune.

paille caractéristique des femmes subitement anémiées. Le pouls battait à 110 ; la peau était sèche et chaude.

Cette chaleur frappa de suite mon attention et je me promis d'apporter le lendemain matin, mon thermomètre. Le ventre s'offrait ovoïde à grand axe, dirigé de haut en bas ; la main percevait à la face inférieure de l'utérus, la masse ovoïde de la tête engagée. La palpation indiquait un début du travail.

Les bruits du cœur fœtal étaient sourds et difficiles à saisir. Au toucher, la vulve était chaude, le vagin ramolli, farci de caillots, et le col très mou, très élevé, difficile à différencier des masses de sang coagulé de la paroi vaginale, et de quelque chose de fixe et de mou vers le bord externe gauche de son orifice.

La dilatation était encore incomplète, pourtant. Je m'arrêtai en présence de cette hémorrhagie, procédant par poussées, et de cette sensation d'un corps mou à l'entrée du col, à l'idée d'un *placenta prævia*.

Néanmoins, pour assurer mon diagnostic, je me mis en mesure de faire un lavage du vagin à la liqueur de Van Swieten dédoublée, qui m'avait servie pure au nettoyage de mes mains. J'employai, à cet effet, un tube de caoutchouc passé dans une solution phéniquée à 50/1000 que j'avais adapté à une seringue à hydrocèle et que je dirigeai moi-même dans le vagin rempli de caillots fétides. Je fis le curage du vagin rempli de caillots fétides.

Ce lavage froid eut le double résultat de ralentir l'hémorrhagie et d'assurer mon diagnostic. Cependant, la tête descendait au couronnement, mais la mère, épuisée, avait des douleurs plutôt lancinantes qu'expulsives.

13 Août. — Quatre heures plus tard, je revenais. C'était le 13 au matin. Ma première investigation fut pour la température : 40°, 7 pouls 116. Le travail avait peu bougé. J'administre 80 cen-

tigrammes de sulfate de quinine. La perte est complètement arrêtée. Le travail se termine vers midi. Enfant mort-né.

Délivrance complète et normale. Le soir, je revois la malade, je fais une toilette antiseptique de la vulve. T. 40°, 9. Chaleur persistante de la peau. Respiration fréquente (32 par minute) P. 116.

Prostration générale. La malade chuchote ce qu'elle veut dire ; tendance aux vomissements, nausées, ce qui me détermine à administrer par voie rectale : lavement ; véhicule 500 gr. ; sulfate de quinine, 1 gr. 50 ; eau de Rabel, q. s. ; ajouté extrait de quina 6 gr. ; vin de champagne, bouillon avec jaune d'œuf.

14 Août. — La malade est fortement altérée, Langue rôtie. Respiration, 34. Pouls, très petit, 110. T. 40°, 3. Le ventre est souple tout autour du globe utérin contracté. La malade s'alimente peu. Douleurs de tête. Garde-robe spontanée. Peu d'urines. Lochies faibles et nauséabondes.

Sulfate de quinine, 1 gr. en trois cachets Limousin. Rhum coupé de lait.

Le soir, T. 40°5. Selles séreuses à caractères septicémiques. Je prescris en raison d'un estomac toujours difficile : Lavement huileux suivi de lavements médicamenteux :

Antipyrine.....	1 gr. 50
Phénate de soude.....	0 gr. 15 cent.
Eau.....	300 gr.

(A faire retenir).

15 Août. Défervescence générale très marquée, T. 38°9. La malade parle bien plus commodément. Facies moins effilé. Langue généralement humide. Respiration 28. Toniques. Vins de Champagne. Alcool.

Le soir 40°1. La malade se plaint de douleurs dans les membres, particulièrement au membre inférieur gauche et à

l'avant-bras droit. Pas de traces de phlegmation. Le ventre reste souple et à peu près indolore. Plus de nausées. Sulfate de quinine (en trois cachets, 1 gr.) ; irrigations vaginales et utérines antiseptiques ; liqueur de la chartreuse ; vin de Champagne ; rhum à doses de quatre à cinq cuillerées dans la nuit et dans la tisane.

16 Août. Temp. 40°2. L'état général prend une allure légèrement ataxique. Les lochies sont totalement arrêtées. La malade pousse de petits cris. Le bras droit est surtout douloureux. Les mouvements de flexion du poignet arrachent des cris de douleur. Langue rôtie. Carphologie.

Je fais venir en consultation mon confrère et ami le docteur Jeannin, de Montceau-les-Mines. Je désirais tenter le bain froid dans ce péril extrême. Appuyé de l'autorité morale de mon confrère et heureux de profiter d'une situation spéciale où nous avons tout sous la main, engins et personnel, l'administration des bains et les applications froides sur le ventre sont arrêtées ainsi qu'il suit :

Un bain tous les six heures à 28°, le bain renferme 5 gr. de sublimé préalablement dissous dans l'alcool. Les applications froides sont phéniquées à 50/1000. Lotions sur les membres et le front. La quinine et l'alcool sont continués à l'intérieur.

Le premier bain, à une heure de l'après-midi, entraîne un abaissement de 0°7. La malade s'était bien trouvée dans son bain. Elle en sort ranimée et réclame à tout instant un nouveau bain.

Le second bain abaisse encore la température à 38°9. Je supprime la quinine et ne continue que l'alcool. Mais dans la nuit, les forces de la malade s'en vont. Viennent des hallucinations, des visions, des spectres. On retarde, en raison de sa faiblesse et de son subdelirium, le bain du milieu de la nuit.

Le 17, à 8 heures et demie du matin, devait avoir lieu le

quatrième bain. La faiblesse est extrême ; facies très effilé, yeux cernés de noir ; la respiration presque nulle ; le pouls impossible à compter ; léger ronchus trachéal. La mort est imminente. Je juge inutile de donner le bain. La malade s'éteint à onze heures.

Observation II

Fièvre puerpérale ; traitement par les bains froids à 28° ; guérison (Chabert)

Jeanne M..., âgée de 16 ans primipare, entre à la Maternité le 14 décembre 1883.

Le 5 Janvier. Accouchement normal, délivrance naturelle, garçon bien portant.

Le 6. La malade accuse de la céphalalgie, les seins se gonflent sans douleurs, abdomen non douloureux.

Utérus à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le 8. La malade a la peau très chaude ; les grandes lèvres sont tuméfiées ; utérus à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; anorexie, constipations, lochies rares, T. soir 40°7, lavement suivi de selle.

Le 9. T. 39°5. La céphalalgie continue. On prescrit du thé au rhum, transpiration. Le soir, l'utérus est volumineux et remonte jusqu'à l'ombilic.

Le ventre est douloureux à la pression, T. 41°4.

Sulfate de quinine 0,30 centigrammes. D'ailleurs dans le bas ventre, peau très chaude, pouls accéléré, lochies purulentes avec odeur.

Le 10. La situation reste la même jusqu'au 14, le ventre est douloureux surtout dans la fosse iliaque droite ; la température

oscille entre 40 et 41°. Agitation extrême, dyspnée, céphalalgie intense.

Le 13. La malade a eu un vomissement bilieux.

Le 15. On administre les bains à 28°. La malade est calme, ne souffre plus.

Du 15 au 18 elle a pris 13 bains. L'amélioration s'est fait presque immédiatement sentir ; les douleurs ont disparu, le ventre est redevenu souple.

Le 19. On supprime les bains, la malade commence à manger.

Le 7 février. Complètement guérie, elle quitte le service.

Observation III

*Avortement au troisième mois, fièvre puerpérale ; érysipèle
guérison (Chabert)*

Fanny G..., 27 ans multipare, est transporté à la Maternité le 5 mars 1884, disant qu'elle vient d'avoir un avortement après deux mois de grossesse, mais qu'elle n'est pas délivrée. Perte légère. On pratique immédiatement une injection vaginale. Température 38°.

Le 6. L'hémorrhagie persiste légère, T. 37°8. A 9 heures, les tranchées redoublent d'intensité ; l'hémorrhagie augmente. On extrait 140 grammes de placenta. Injection vaginale, catétérisme. Nuit assez bonne.

Le 8. La température est montée à 40°5. La malade passe à l'infirmierie. On pratique des injections intra-utérines ; la température reste très élevée.

Ces injections sont répétées le 9. La perte a de l'odeur.

Le 10. On prescrit les bains froids. La température baisse.

Le 15, le 16, le 17. Elle reste aux environs de 38°. On supprime les bains froids.

Le 15, l'abdomen est douloureux et on doit mettre un vésicatoire.

Le 19. La température remonte brusquement et atteint 40° le 20.

Du 24 au 26. On donne trois bains à 25°.

A partir de ce moment, l'amélioration est très marquée. Le 6 avril, la malade était en pleine convalescence. A ce moment elle prit un érysipèle dont elle guérit.

Cette malade a pris huit bains en tout.

Observation IV

Fièvre puerpérale, érysipèle des cuisses, bains froids, guérison (Chabert)

Marie I..., âgée de 29 ans primipare, entre le 22 mars 1884 à la Maternité. A 5 heures, elle fait un accouchement normal. Eraillure des petites lèvres. Délivrance naturelle. Pansement et injections au sublimé.

Le 23. La température est à 37°4.

Le 24. T. 38°2, fluxion laiteuse avec douleurs ; utérus à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; lochies séro-sanguines. Le soir la température est à 39°2.

Le 25. La malade se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque gauche. T. matin 38°4.

On prescrit un vésicatoire et du sulfate de quinine. Pansement et injections au sublimé. La température du soir est de 40°4. La malade passe à l'infirmerie où elle est mise aux bains froids.

Du 18 au 31, elle prend 1 bain à 28° et 7 à 25°

Le 31. La température remontant à 40°. on abaisse la température des bains à 18°.

Le 1^{er} avril. Malgré les bains, la température se maintient à 40°6. On applique alors sur l'abdomen une vessie remplie de glace pilée dans l'intervalle des bains.

Le 3. La température est toujours au-dessus de 40°, le ventre est ballonné.

Cet état persiste jusqu'au 10 avril; la température descend alors à 39°. Les bains à 18° sont continués.

Le 19. On constate l'existence de larges plaques érysipélateuses sur la fesse et le pli inguinal gauche. Quelques jours avant, la malade couchée en face, avait eu un érysipèle de la face.

Le 20. — Aggravation notable de l'état général, on continue les bains et la glace sur le ventre.

La malade prend en outre 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 26, il se produit une détente, la température descend au dessous de 39°, et on supprime les bains. L'état général s'améliore chaque jour, et le 13 mai la guérison était complète.

La malade a pris 71 bains en tout.

Remarque de l'auteur : Lorsque cette malade est entrée à l'infirmerie, elle avait les symptômes de la péritonite septique la plus grave. Les bains froids à 25 degrés n'ont abaissé que faiblement la température; mais du jour où ils ont été administrés, la physionomie de la malade a changée complètement; elle en éprouvait un si grand soulagement, qu'elle attendait avec impatience l'expiration des trois heures, intervalle habituel des bains.

De la glace a été placée en permanence sur le ventre dans l'intervalle des bains pour aider leur effet. Lorsque le 20 avril un érysipèle s'est montré sur les cuisses, on a administré con-

curamment avec les bains, de la quinine à haute dose. Enfin, le 26, une détente s'est produite et les bains ont été supprimés.

Observation V

Traitement d'une fièvre puerpérale, avec hyperthermie par les bains froids. (Skinner).

Madame H..., passagère sur le steamer « Marseille », allant d'Anvers à la Nouvelle-Orléans, accouche le 24 août de son premier enfant, bien conformé et venu à terme.

L'accouchement est naturel, mais il se produit une légère déchirure de la paroi postérieure et inférieure du vagin. Délivrance lente, s'opérant une heure après la naissance de l'enfant. Peu de sang au moment de l'accouchement. Les membranes ne paraissent pas entières et il est probable qu'il reste des lambeaux dans la cavité utérine.

Pendant 4 jours, il s'écoule de la vulve un liquide sanieux fétide assez abondant. Il y a absence complète de fièvre et de douleur. L'accouchée occupe un lit à l'hôpital du navire, et les conditions hygiéniques dans lesquelles elle est placée sont déplorables, la ventilation y est défectueuse, la chaleur insupportable et la malpropreté très apparente, surtout au point de vue médical.

Jusqu'au 28 août, la température de la parturiente n'avait pas dépassé la normale. Le matin même de ce jour, elle était encore de 38°, mais le soir de ce même jour, elle avait monté à 39°, c'était alors le quatrième jour après l'accouchement. Etat général satisfaisant ; il existe sur toute la surface du corps une éruption extrêmement abondante de sudamina, due à la grande chaleur et à la diaphorèse qui en résultait.

29 Août. — T. R..., 40°. L'écoulement utérin est toujours abondant et fétide, malgré l'emploi d'injections intra-utérines d'eau phéniquée 2 fois par jour. Traitement : Sulfate de quinine à dose modérée. Le soir, à 4 heures, je trouve la malade avec une T R de 43°. Surpris par ce chiffre élevé et menaçant, et voulant éloigner tout doute de son exactitude, j'ai repris la température, mais avec le même résultat.

J'ai ensuite déterminé la température auxiliaire, qui était à 42° G, après dix minutes d'attente, vu l'urgence de produire un abaissement immédiat de la température centrale chez cette malade, j'ai institué sans délai le traitement antipyritique par excellence, l'emploi d'eau fraîche ou froide. Des lotions d'eau de mer à 28° furent administrées tout de suite à la fébricitante et continuées pendant 1 heure, après quoi la température tomba à 42°. Ensuite elle fut mise dans un grand bain d'eau de mer à 28°, et elle y resta également 1 heure. Mais déjà, après y être resté une demi-heure, sa température baissait beaucoup, car elle n'était plus que de 39°, et à la sortie du bain, elle était de 38. Le pouls, avant le bain, marquait 154, après celui-ci, 120°. Avant le bain, elle avait ingéré 30 grammes de sulfate de magnésie, et après le bain, elle avait pris 0 gr. 20 de sulfate de quinine. Ce fut tout le traitement employé. Il est bon d'ajouter que la malade ne fut plus renvoyé à l'hôpital du bord, mais placée dans une chambre à part, dans de meilleures conditions. Pendant toute la durée de la fièvre, la malade a conservé son entière intelligence, et la plus grande partie de ses forces. Il ne s'est présenté aucun autre phénomène morbide général ou local que ceux qui sont mentionnés plus haut.

30 Août. — Grande amélioration. On continue l'administration du sulfate de quinine, T R matin 38° 5, soir 39. Le soir grand bain d'eau de mer qui fait tomber la température de 39° à 37 C. Les jours suivants, la fièvre diminua graduellement jus-

qu'au jour de l'arrivée à la Nouvelle-Orléans, où elle a été transférée à l'hôpital de la Charité. Là, elle resta quinze jours sans présenter de nouveaux accidents, et elle sortit guérie le 23 septembre.

Il est intéressant de faire remarquer que le jour où cette femme présentait une si haute température, la chaleur de l'atmosphère était très grande, et l'air de l'hôpital était de 33°, ainsi que plusieurs jours de suite à cette époque, comme je m'en suis assuré, il est vraisemblable que cette chaleur excessive du milieu ambiant était pour quelque chose dans l'intensité de la température rectale chez cette fébricitante, ce qui expliquerait, dans une certaine mesure, la facilité avec laquelle on a pu abaisser sa température centrale, et l'amélioration qui suivit son transport dans une chambre à part où la chaleur était moindre.

On pourrait objecter au récit de cette observation, que le thermomètre employé dans ce cas ne marquait pas la vraie température, qu'il y avait erreur thermométrique.

Pour prévenir cette objection, le thermomètre en question a été éprouvé au laboratoire de pathologie générale à la Faculté de Médecine depuis que l'observation a été prise, et il a été trouvé exact.

Observation VI

Fèvre puerpérale. Bains froids. Guérison. (Chabert).

Stéphanie S..., âgée de 21 ans, primipare, entre à la Maternité le 8 février 1884. Santé toujours parfaite, grossesse très bonne.

Le 8 février, accouchement normal avec déchirure de la

fourchette. Délivrance naturelle. L'utérus se rétracte. La malade va bien.

Rien d'anormal jusqu'au 18 février. Température normale.

18 Février. Température, 36°.

19 Février. Matin, température, 40°2. On prescrit julep gommeux avec poudre de Dower 1 gramme, thé au rhum. Soir, T. 40°6. 20 février, matin, temp. 40°2. On met la malade aux bains froids ; ceux-ci ne produisent qu'une légère défervescence.

Soir, T. 40°8. Pas de symptômes abdominaux. Ventre un peu ballonné, mais non douloureux.

21 Février. A partir de huit heures du soir, hier, les bains ont produit un abaissement thermique plus marqué, aujourd'hui, la température est retombée à 38°

L'état général est bon, langue saburrale, pas de vomissements, un peu de diarrhée. Le ventre est légèrement douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, mais on ne sent aucune induration. Pas de souffles cardiaques. Rien aux poumons. Pas d'albumine dans les urines.

22 février. Amélioration sensible. Trois bains ont été donnés et la température s'est maintenue à un niveau assez bon. Pas d'albumine.

24. Amélioration progressive, la malade a de l'appétit et on commence à la nourrir. La température reste aux environs de 37 degrés.

25 février. Même état.

28 février. Même état.

3 mars. La malade quitte le service complètement guérie.

Observation VII

Fièvre puerpérale. bains froids, guérison (Chabert)

Marie L..., 19 ans, primipare. Accouchement normal le 13

mars, délivrance naturelle. Déchirure à la fourchette. Lavages et pansement sublimés.

Le 21. Céphalalgie légère ; lochies séro-sanguines peu abondantes. Pouls accéléré, température 41°4. La malade passe à l'infirmerie, lit n° 3. On la met aux bains froids.

Le 22. Aspect typhique ; peau sèche et brûlante ; pouls à 120 pulsations ; langue couverte d'un enduit brunâtre. Dépression considérable des forces. Abdomen souple. L'utérus est à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; les lochies sont supprimées. Le toucher ne révèle rien de spécial.

Le 23. Légère amélioration. L'abattement est moindre. Pas d'albumine ; les bains sont bien supportés et produisent un grand soulagement. L'amélioration va se continuant jusqu'à la guérison complète.

La malade a eu trois bains à 28°9, neuf à 25°, et quatre à 22°.

Réflexion de l'auteur.

Ce cas est un des plus probants pour l'action des bains froids. Pendant six jours oscille en 38 et 39°2. La quinine administrée à haute dose ne produit aucun amendement et le 7^e jour la température monte à 41°4 avec les symptômes d'une septicémie la plus accusée.

Les bains ont immédiatement amélioré l'état général et en 6 jours ramené la température à la normale.

Observation VIII

Présentation de l'épaule. Version après tentatives infructueuses faites au dehors. Rétention d'une partie des membranes. Fièvre puerpérale. Bains froids. Mort (Chabert)

Mariette M..., entre à la Maternité le 3 janvier 1884.

Bonne santé antérieure. Quatre grossesses en 7 ans. Les

3 premières ont été normales, et les enfants sont venus à terme. Le 2 janvier, à 5 heures du soir, la malade ressentit les premières douleurs. Après rupture de la poche vers 8 heures du soir, une sage-femme constate la procidence d'un bras ; vers minuit elle tente la version sans y réussir. A 8 heures du matin, un médecin tente des manœuvres qui restèrent sans résultats.

A minuit seulement, la malade entre à la Maternité, dans un état de forte dépression. Facies grippé, pouls rapide et sans tension, abdomen très douloureux. Au toucher, rapidement pratiqué, on constate facilement une main distante de la vulve de 7 ou 8 centimètres, et, derrière elle, un pied.

Ethérisation. Précautions antiseptiques. Délivrance artificielle. Le placenta est expulsé quelques minutes après ; il est friable, lardacé, d'une coloration grisâtre sur la plus grande partie de son étendue, sauf en un point qui est d'un rouge noir. On enlève à la main de petits lambeaux de membranes restés dans l'utérus. Lavages intra-utérins. L'utérus se rétracte bien. Piqûre d'éther. Pulvérisations phéniquées autour du lit quatre fois par jour et pendant une heure chaque fois. Toniques. Vin d'Espagne. Thé au rhum. Compresses phéniquées sur la vulve.

Le fœtus a subi un commencement de macération, portant surtout au niveau des parties procédentes, sur lesquelles on remarque de larges surfaces dénudées d'une coloration rouge vif.

4 janvier. — Etat très satisfaisant. T. soir 40°4. Injection phéniquée intra-utérine.

5 janvier. — T. 39°6. Injection intra-utérine au sublimé. — Le col très mou est rejeté en arrière. Le soir, la malade ressent quelques douleurs abdominales, mais le volume du ventre ne présente pas d'augmentation.

Badigeonnage au collodion sur l'abdomen.

6 janvier. — Injection sublimée. Le ventre reste souple. Lochies d'odeur assez fortes. Etat général.

7 janvier. — Etat stationnaire. La température oscille entre 39° et 40°.

8 janvier. — Dans la nuit, frisson unique suivi d'une fièvre intense. T. 40°8. Douleurs très violentes généralisées dans les membres. Le matin, diaphorèse abondante. Somnolence. Peau chaude et moite, pommettes rouges. Lochies abondantes et avec odeur. Abdomen indolore. On supprime les lavages intra-utérins et on se borne aux injections vaginales et aux pulvérisations iodoformées. Injection hypodermique de 0.60 centigr. de sulfate de quinine. Le soir, légère amélioration.

9 janvier. — L'abdomen est légèrement ballonné et un peu douloureux. Injection intra-utérine au sublimé, suivie au bout d'une demi-heure d'un violent frisson durant 3/4 d'heure et de sueurs profuses. Le soir, l'état général s'est un peu relevé, la malade est moins abattue. T. 39°8. Injection de 0.60 centigr. de sulfate de quinine. Vésicatoire sur l'abdomen.

10 janvier. — Légère amélioration ; le ventre est redevenu souple et à peu près indolore. Purgation avec calomel et jalap, 0,60 centigr. de chaque. Injections et pulvérisations habituelles. Le soir, l'état général est assez satisfaisant. T. 39°4. Les lochies diminuent et sont moins fétides. Injection au sublimé. Pulvérisation à l'iodoforme. Sulfate de quinine, 60 centigr.

11 janvier. — L'amélioration persiste.

12 janvier. — La température remonte un peu. Diarrhée assez forte. Le soir, l'abdomen est un peu ballonné et douloureux. Sulfate de quinine, 60 centigr.

Du 13 au 22 janvier, la diarrhée persiste, et les fonctions digestives deviennent languissantes. La température monte toujours le soir au-dessus de 39°. Quinine. Lavages.

22 janvier. — L'état général ne s'améliore pas. Le teint est légèrement terreux. Anorexie. Faiblesse. Exacerbations thermiques vespérales d'un degré. Quinine.

23 janvier. — Etat général mauvais. Langue saburrale. Anorexie. Quinine.

24 janvier. — Les signes d'une nouvelle poussée septicémique s'accroissent. La température dépasse 40°. Ventre pas douloureux. Pas de pertes. Pas de vomissements. Bains froids.

25 janvier. — Etat adynamique prononcé. Les bains ne produisent pas une chute bien marquée.

26 janvier. — Etat général de plus en plus mauvais. Subdélirium.

27 janvier. — La fièvre baisse, mais la dépression physique est considérable. Les téguments sont décolorés, le pouls fréquent et filiforme. Langue couverte d'un enduit noirâtre. Le soir, la respiration devient fréquente et stertueuse. Coma. Transpiration très abondante.

28 janvier. — Demi-coma. Respiration toujours fréquente. Peau sèche. Le soir, coma complet. Mort à dix heures.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation IX

(Chellier).

Madame L..., 30 ans, lymphatique. Bonne constitution. Pas d'antécédents héréditaires. Ne se souvient pas d'avoir été malade, a seulement suivi pendant deux mois un traitement pour une déviation utérine qui occasionnait la stérilité. Le repos absolu dans le décubitus dorsal semble avoir eu raison de cet accident, et madame L... devient enceinte au mois de décembre 1891 ; les débuts de la grossesse sont des plus simples ; vers le sixième, il se développe un léger embonpoint, et la malade voit apparaître un écoulement vaginal muco-purulent assez abondant.

Vers la fin de juillet, madame L... se plaint d'une lassitude extrême, dont elle cherche en vain la cause ; l'attribuant néanmoins à son état de grossesse, elle résiste, mais de l'inappétence, des douleurs musculaires, des vertiges viennent s'ajouter à cette lassitude, et la malade se met au lit le 27. Des épitaxies ont apparu à ce moment à plusieurs reprises. Une céphalagie violente l'empêche de dormir et elle se plaint de bourdonnement d'oreilles, la langue est pâteuse, l'anorexie est complète. On note enfin un certain degré de sensibilité dans la région de la fosse iliaque droite et on y perçoit du gargouillement. La température axillaire atteint le soir 39° sans les dépasser, le matin elle oscille autour de 38°.

Le diagnostic de fièvre typhoïde s'imposant, on institue dès ce moment le traitement par les bains froids.

La température est prise toute les 3 heures, et la malade est plongée dans de l'eau à la température de la chambre chaque fois que la température atteint ou dépasse 39°.

Lait, bouillon, boissons alcoolisées. Du 1^{er} au 5 août, la température atteint chaque soir 40° à 40°4, elle oscille le matin entre 39° et 39°5.

4 Août. La température atteint dès le matin 39°7, la malade est plongée dans un état de somnolence voisin de la stupeur et vers deux heures de l'après-midi elle accouche d'un fœtus de 7 mois et demi. Elle semble ne se rendre aucun compte de ce qui se passe et quelques plaintes révèlent à peine de la douleur au moment de l'expulsion.

Le travail dure moins de deux heures et la délivrance s'opère sans incident. L'état misérable du fœtus semble prouver qu'il a été infecté, il succombe quatre jours après sa naissance. La température est le soir de 40°7.

Le lendemain de l'accouchement (6 août), les érosions vulvaires ont revêtu le caractère des ulcérations de mauvaise na-

ture, l'affaïssement de la malade est extrême ; une stupeur profonde et persistante l'envahit. Carphologie. Le pouls est d'une grande mollesse. La température, qui était le matin de 40°8, atteint le soir. 42°.

Les grands bains sont continués.

7 Août. — Température, 40° 2 le matin, 40° 7 le soir ; les érosions vulvaires s'étendent et se compliquent en dépit des soins de propreté les plus minutieux et des pansements antiseptiques que rend d'ailleurs illusoire le flux diarrhéique qui souille constamment la malade.

8 Août. — 41° matin et soir, même état grave, même traitement.

9 Août. — 40° 2 le matin, 40° 6 le soir.

Du 10 au 13 août, il semble y avoir une rémission thermométrique, mais la température remonte le 12 au soir et atteint de nouveau 40° le 13, après un violent frisson.

Du 16 au 23 août, la température oscille le matin comme le soir, aux environs de 40°. On observe un abaissement du 23 au 26 août. Le même traitement est administré avec la même rigueur.

Ces symptômes s'amendent peu à peu, mais les vomissements persistent jusqu'au 10 septembre, et la diarrhée continue. La température offre une tenacité désespérante ; tout au plus s'il existe une rémission matinale. Les symptômes généraux s'amendent peu à peu, l'état des organes génitaux est plus satisfaisant. Le traitement devient moins sévère.

18 septembre. — Sueurs remarquablement profuses.

L'état d'émanation est extrême, sa faiblesse immense, le pouls est misérable, précipité. Le moindre mouvement provoqué amène des syncopes, et met dans la nécessité d'interrompre les bains qui sont remplacées par des frictions vinaigrées.

Le poumon droit ne cesse pas d'être le siège de râles sous-crépitaux.

1^{er} octobre. — La température s'abaisse et descend même au-dessous de 36°, le 6 du même mois. A ce moment, on fait une tentative d'alimentation, mais la température remonte à la suite d'une ingestion trop considérable d'aliments.

12 Octobre. — Nouvelle élévation à 40°5, coïncidant avec l'apparition d'un abcès de la grande lèvre droite. Incision et pansement antiseptique. La malade entre en convalescence. Comme on pouvait s'y attendre, celle-ci est longue et fort pénible. Madame L... repart pour la France au bout de quelques mois, et nous avons appris que six mois après, elle pouvait se considérer comme complètement rétablie.

Observation X

Cas de septicémie puerpérale avec hyperthermie traitée par l'application continue du froid (Flayflair)

Le 5 août, j'étais appelé pour donner mes soins à une primipare jeune et de bonne constitution, je trouvai une présentation de sommet, les douleurs étaient fréquentes, mais légères, et le col non dilaté. Le travail progressait naturellement.

Le matin, de 6 à 7 heure, le col avait la dimension d'une pièce de deux francs, les membranes ne faisaient pas saillie. Je rompai les membranes, le col se dilata rapidement, la tête descendit dans le bassin et l'enfant naquit à 10 h. du matin.

A 6 h. du soir, le même jour, quand je revis la parturiente, j'appris qu'il y avait eu un grand frisson, son pouls était à 120, la température à 102 (Fahrenheit). Rien ne fut fait ce soir-là, j'espérais que c'était dû à quelques causes passagères.

Le matin suivant, la malade avait eu un autre frisson, le pouls 180, temp. 103 (F).

Il n'y avait aucune sensibilité de l'abdomen, les lochies étaient naturelles. Je fis un lavage de la cavité utérine et je prescrivis vingt grains de quinine à prendre immédiatement et à répéter à huit heures du soir.

Le matin suivant, le pouls était à 120, la température 104,2, mais la quinine avait produit un tel malaise et de tels battements dans les tempes, que je fus obligé de la cesser.

La malade empirait rapidement. Le matin suivant, le quatrième après son accouchement, la température était à 104 et le soir à 105,4, le pouls à 130, petit filant faible. L'abdomen n'était pas douloureux et on observait un commencement de distension flatulente. Il y avait eu de temps en temps des frissons bien marqués.

En résumé, le cas était maintenant des plus graves, c'était un exemple type d'une fièvre puerpérale des plus malignes sans phénomènes locaux.

Le traitement institué consista dans l'administration d'une alimentation lequel sous forme de lait et de thé, de bœufs, 15 grains d'acide salycique toutes les trois heures dans l'espoir d'abaisser la température.

Le lavage de la cavité utérine deux fois par jour avec des solutions antiseptiques. Dans l'espoir d'abaisser la température élevée, le bonnet de glace du Dr Knowky Therton qui est si utile après l'ovariotomie.

Ceci soulage beaucoup les battements dans les tempes qui étaient si douloureux, mais ne diminua pas la température qui oscillait de 105°4 à 104. Le matin suivant, 10 août, l'état était stationnaire, temp. à 105 pouls, à 104, tympanisme.

Le jour suivant, 11 août, la malade était encore plus mal, temp. 105,2, pouls 140, je me résolu à essayer l'effet du froid à

l'extérieur pour diminuer la fièvre excessive sur laquelle rien n'avait encore agi.

Donc, à 4 h. du soir, la malade fut enveloppée des pieds à la tête dans un grand drap trempé dans de l'eau glacée. Le drap fut appliqué en deux heures.

La malade accusa d'elle-même aucun désagrément, mais plutôt un soulagement.

L'effet de la température fut cependant léger. Elle tomba de 105,2 à 104.

A 11 heures du soir fut de nouveau appliqué une demie heure et au bout de ce temps la température était tombée à 103,2.

Le matin suivant, 12 août, temp. 104, pouls 130.

Avec l'aide du Dr Fox je résolus d'appliquer le froid de façon continue, mais modifiant le mode d'application, puisque l'enveloppement complet dans le drap glacé était très difficile à pratiquer et qu'il n'y avait pas l'effet épyrétique attendu. Donc la malade reposant sur son dos, trois serviettes de toilette trempées dans l'eau glacée furent placées sur la face antérieure du corps, une sur les épaules et le thorax, l'autre sur l'abdomen, la troisième sur les cuisses, les serviettes pouvaient être changées souvent et étaient appliquées par une infirmière pendant qu'il fallait trois personnes pour appliquer le drap mouillé.

Le jour suivant 13 août, la malade était dans le même état. La température était de 102 à 103°, pouls 130. Etat général le même. Les serviettes glacées furent gardées sans discontinuer jour et nuit, la malade étant sensiblement mieux quand les serviettes étaient appliquées, et quand elles étaient enlevées la température montait immédiatement avec tendance marquée à s'élever.

Je ne puis vous donner un compte-rendu détaillé des progrès de la maladie depuis ce moment. Mais il vous suffira de savoir

qu'il est de toute évidence que l'hyperpyrexie fut combattue victorieusement par l'application constante de linges glacés. Si pendant une demi heure au plus comme cela arrivait de temps en temps quand le malade dormait, on interrompait les linges glacés ou quand on essayait de se passer du froid, la température remontait rapidement à 105.

Mais par l'usage assidu des serviettes froides elle retombait rapidement à 102.

Les applications froides furent commencées comme je vous l'ai dit, le 9 août, et furent continuées jour et nuit sans aucune interruption, excepté pendant quelques instants de temps à autre, jusqu'au 18 août, c'est-à-dire pendant 11 jours. Avant tout ce temps, la situation de la malade était des plus critiques.

Jusqu'au 15 août, le 10^e jour de la maladie, la feuille de température montre une ligne presque uniforme avec quelques élévations accidentelles.

Ce jour cependant (15 août) et les jours suivants il y eut une rémission appréciable le matin. La température atteignit ce jour-là son point le plus bas, et le pouls amélioré.

Le 15 à 1 heure de l'après-midi, la température commençait à s'élever et atteignait 105 ou 105° à 3 heures, et le pouls devenait extrêmement rapide et faible.

L'après-midi du 16, du 17 et du 18, la malade était presque mourante et je la laissais, conservant peu d'espoir de la trouver vivante à ma visite suivante, le 18 je ne pensais pas qu'elle pût vivre plus de quelques minutes, le pouls n'était plus senti du tout. et à l'auscultation on observait seulement de faibles battements tout à fait impossibles à compter à la région péricardiale.

Frappé du type remittent marque de la fièvre, je me décidai à essayer alors l'effet d'un remède très réputé dans l'Inde, teinture de Warbourg.

L'effet fut beaucoup plus marqué que je ne l'espérais. Une petite dose de teinture fut donnée à 3 h. 30 du soir, le 19 août,

le pouls était calme, la température à 104°. Elle fut répétée à 6 heures du soir. Une sueur profuse s'ensuivit.

Le matin suivant à 8 h. 30, la température était à 90°, le pouls à 96, plein et fort, et de ce moment on peut dire que la malade était convalescente.

La température ne s'éleva jamais, excepté de 3 à 7 h. du soir, le 20 août, où elle s'éleva à 102°. Une dose de teinture qui avait été oubliée fut immédiatement donnée et répétée à 2 h. du matin, et le matin suivant la température était normale et le demeura.

Pendant quelques semaines la malade resta faible, elle éprouva quelques vagues douleurs aux articulations. La peau de ses mains et çà et là sur le corps, pela ; maintenant elle a complètement recouvré la santé.

Observation XI

Fièvre puerpérale. Bains froids. Guérison (Macé)

Le 25 février 1891, à 10 heures du matin, entrant à l'hôpital de la Piété service de M. Maygrier Joséphine La... couturière âgée de 21 ans. Elle raconte que depuis la veille au soir à 9 heures, elle a été prise de douleurs expulsives et qu'à 6 h. 1/2 du matin le 25, elle a expulsé le fœtus qu'elle nous apporte.

Ce fœtus a une longueur de 10 à 12 centimètres et macéré ; la macération semble remonter à deux ou trois jours. La malade ne se rappelle plus quand elle a perdue les eaux, mais tout fait présumer que cela a du avoir lieu le 22 ou 23 février. La durée du travail a été de 13 heures.

Au moment de l'examen, la malade qui est dans un état assez accentué de malpropreté, perd des lochies un peu fétides. Elle ne semble pas avoir de température appréciable à la main.

elle a eu un frisson hier soir, ses traits sont tirés, les yeux excavés, le teint un peu terreux.

Après un lavage de la région vulvaire, et après avoir donné une injection vaginale, le toucher pratiqué permet de reconnaître un col long perméable, laissant passer deux doigts qui arrivent sur le placenta. En présence de la fétidité des lochies, je m'empresse d'extraire le placenta qui vient sans difficulté.

Une injection vaginale antiseptique est donnée, puis une intra-utérine abondante. De la gaze iodoformée est introduite dans le vagin et la malade transportée dans le service d'isolement lit n° 7.

Elle nous raconte alors qu'elle a été bien réglée depuis 15 ans, que ses périodes menstruelles durent cinq jours. Les dernières règles datent du 12 au 17 Novembre.

A 17 ans, elle a été soignée chez elle pendant six semaines pour une fièvre présentant des accès vespéraux quotidiens et accompagnés de douleurs articulaires multiples. Tels sont ses antécédents.

Avant de quitter la malade, je lui fais donner une potion de Tood, 50 centigrammes de sulfate de quinine, et j'engage la sage-femme à prendre la température de la malade à 2 heures de l'après-midi et à lui donner une injection intra-utérine si la température atteint 39°.

Le même jour, 25 février, un peu avant 2 heures, la malade a un frisson violent. A 2 heures, température 39° 2, injection intra-utérine qui ramène des débris de caduque ; le liquide qui sort de l'utérus a de l'odeur. Le soir, à cinq heures, 39° 4, nouvelle injection intra-utérine. 0,50 de sulfate de quinine. Potion de Tood double. Lait et bouillon comme alimentation.

Le 26 au matin, le facies est de plus en plus mauvais, la céphalalgie intense, les lochies sentent toujours, et M. Maygrier,

à 11 heures, me faisait part de l'état grave qu'il reconnaît à la malade, m'engage à faire l'écouvillonnage de l'utérus. T. 39° 6.

Le 26, à 2 heures de l'après-midi, après une toilette vulvaire et une injection vaginale, je pince la lèvre antérieure du col et je fais une injection intra-utérine.

Des tampons de ouate montés et trempés dans une solution de sublimé au millième sont promenés sur la face interne de l'utérus. J'emploie ensuite des écouvillons trempés dans le sublimé, et enfin un écouvillon trempé dans une solution, dans la glycérine de créosote à un tiers.

Dans la soirée, un lavement est donné à la malade, sept garde-robes.

Une injection intra-utérine. T. 36°9. Sulfate de quinine 0.75 centigrammes. Une injection intra-utérine prolongée dans la nuit.

Le 27, au matin. — T. 41°. Pouls est à 100, il est petit, dicrote, la langue humide blanchâtre, la malade n'est pas abattue. Rien au cœur, rien au poumon. Pas d'albumine dans les urines. T. à 1 heure de l'après-midi : 40°2. En présence de l'état de la malade, je demande à M. Maygrier l'autorisation de donner des bains à la malade. Le premier bain est donné à 2° au-dessous de la température que présente la malade ; il est donné à 1 heure de l'après-midi et à 38°. Le bain est refroidi progressivement de 4° toutes les cinq minutes jusqu'à 30°. La malade est donc resté dans l'eau environ 50 minutes. La température rectale, prise 10 minutes après la sortie du bain, est de 38°4.

A 5 h. 30 du soir. T. 40°3. Deuxième bain à 38°3 donné dans les mêmes conditions. La température descend à 39°9. Une toilette vulvaire et une injection vaginale sont faites au sortir de chaque bain avec la solution de permanganate de potasse ordinaire. Les lochies sont très diminuées et ne sentent plus. Le ventre est souple. La malade ne s'en plaint pas et a dormi.

après chacun des bains, malgré le peu d'abaissement de la température.

A 9 h. 42 du soir. T. 40°3. Bain à 38°3 refroidi progressivement jusqu'à 38°. Durée une heure et demie, car l'abaissement du bain à un degré n'a plus été faite que toute les dix minutes. La température, dix minutes après la sortie du bain est de 39°4. Pendant la nuit, 0.50 de sulfate de quinine et 0.50 de benzo-naphtol.

Le 28 février. — Voyant que la température ne cède pas suffisamment, je renonce au système des bains progressivement refroidis et j'emploie la méthode des bains froids d'emblée qui, en présence de l'hypertermie persistante, pouvait me faire espérer un abaissement de température plus sensible.

A 4 h. 30. T. 40°. Bains donnés à 25°, aspersions froides sur la nuque au commencement, au milieu, à la fin du bain. La malade trouve naturellement que le bain est plus froid, mais le supporte sans se plaindre.

Après dix minutes de bain, légers frissonnements et chute de la température à 38°1, ce que nous n'avons pas eu depuis l'entrée de la malade à l'hôpital. A la sortie du bain, la malade est mise dans un drap sec, tapotée un peu sans l'essuyer complètement, et on lui fait prendre un peu de todd.

Le bain a été continué très régulièrement toutes les fois que la température rectale a dépassé ou a été de 38°5. Il n'a été manqué qu'une fois par négligence de l'infirmière qui ne m'a pas prévenu. Il a toujours été bien supporté.

Le 1^{er} mars, la céphalagie avait disparue en même temps que l'urine, moins colore, augmentait notablement de quantité.

Le 7 mars. — La malade, qui est fatiguée du lait, demande à manger ; on lui donne des œufs, le lendemain une côtelette. C'est vers cette époque que M. Maygrier a constaté l'existence

au cœur d'un souffle systolique paraissant avoir son maximum à la pointe, et que je n'ai pas retrouvé depuis.

La malade a pris en tout 47 bains en 9 jours et demi. Elle m'a suivi à l'hôpital Cochin où elle est restée convalescente dix jours. Elle est revenu nous voir un mois et demi après, complètement remise et vaquant à ses occupations.

Observation XII

Fièvre puerpérale, bains froids. Guérison (Macé).

G... Marie, 42 ans ménagère, entre le 28 juillet à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quénu.

Ses antécédents présentent peu d'intérêt. Elle a eu la fièvre typhoïde à 18 ans, elle a été réglée à 12 ans et bien réglée. Elle a eu onze grossesses qui se sont terminées par la naissance à terme de onze enfants vivants. Le dernier accouchement a eu lieu le 21 août 1893. La grossesse actuelle remonte au mois d'avril 1894. Ses dernières règles ont fini le 3 avril. Cette grossesse s'annonçait bien comme les autres malheureusement, le 27 juillet à 9 heures du soir, la malade a eu une discussion avec sa concierge, et en reçoit des coups. Une demi-heure après, à 9 heures 1/2 perte de sang abondante : à 10 heures contractions douloureuses de l'utérus. A 2 heures du matin expulsion d'un fœtus de trois mois et demi à 4 mois. Retention du placenta. Amenée dans la nuit du 28 au 29 juillet on lui fit une injection vaginale antiseptique.

Le lendemain gaze iodomornacé dans le vagin deux injections vaginales T 37°.

Le 29. Les lochies commencent à sentir, délivrance artificielle faite par mon collègue Devivier, le 30 la malade se plaint de coliques deux injections intra-utérine T le matin 38°, le soir

38°8. Le 1^{er} août vers dix heures du matin, frisson prolongé, peau chaude, sueurs, coliques douloureuses très accentuées lochies sentant, pouls fréquent, face terreuse. T 39°4. Curettage immédiat fait par M. Devivier. Le soir de l'intervention T 39°7. Mon collègue me prie de voir cette femme avec lui.

Je trouve une femme abattue, dont le teint est légèrement terreux dont les yeux sont escavés et cernés. Elle se plaint de violents maux de tête, de soif. La langue est chargée humide cependant.

Je prends la malade dans mon service et le soir même à 7 h. 1½ sa température était de 39°6, elle est mise au bain à 25°, sans ablutions sur la tête au début.

Les bains sont donnés toutes les trois heures à 30° et au-dessus et auront une durée de dix minutes à un quart d'heure.

La malade sera enlevée du bain au moment où elle commence à frissonner ; 2 grammes de bétol et une injection intra utérine par jour. La malade supporte très bien les bains et va à la baignoire sans difficulté. Elle saute déjà un bain à 1 h. 1½ du matin le 2 août. Le 2 août dans l'après-midi les bains sont abaissés à 23°. Légère diarrhée depuis le matin, albumine dans l'urine sondée.

Le 3 août à la visite il y a toujours de l'albumine dans les urines la malade dit qu'elle se trouve bien, le pouls est petit et à 100. Pas de bains le 3 août de 10 h. 1½ du matin au 4 août à 7 h. 1½ du soir. Injections vaginales.

A la visite du 4 août deux litres d'urine clair et léger, nuage d'albumine encore, la langue est blanche pas de douleurs dans le ventre, plus de diarrhée. Les lochies sentent un peu.

Le 5 août au matin injections intra utérine suivi d'un grand frisson. Alimentation lait, bouillon, 4 œufs, des potages, une potion de Tood.

Le 7 août, bains à 20°. Depuis ce jour à 7 h. 1/2 de l'après-midi, jusqu'à la sortie de la malade pas de bains.

La température oscille entre 37° et 38·8 qu'elle atteint une fois.

La malade a été mise précipitamment à l'alimentation qui a été bien supportée.

Elle ne s'est levée que le 14 août.

La malade a pris 18 bains : trois à 25°, deux à 20°, treize à 23°.

Elle n'a eu comme alimentation que du lait et du bouillon pendant trois jours. Pas de médication interne sauf 2 grammes de bétol. Un todd d'injection et des bains.

Elle est sortie complètement guérie le 16 août au soir.

Observation XIII

Fièvre puerpérale. Bains froids. Mort par péritonite (Macé)

Lag..., femme S..., entre le 14 août, barrique 6, hôpital Cochin, lit n° 9, venant du service de M. Quenu, où elle a été reçue dans la nuit du 13 au 14 août.

Le 14 août. Au matin, mon collègue Duvivier me fait venir dans son service pour voir une femme qui a fait, il y a jours une fausse couche de quatre mois et qui est infectée. Aucun traitement ne lui a été fait en ville, ni pendant la nuit à l'hôpital.

Au premier examen, femme pâle, yeux cernés, langue humide. Pas de céphalalgie, voix faible, pouls 124, mais mal séparé et par suite difficile à compter. La malade se plaint en plus de douleurs dans le ventre et d'un peu de diarrhée.

A l'examen du ventre, on est frappé du développement qu'il

présente. Le tympanisme est très accentué, l'utérus est dur et facile à sentir au-dessus de la symphise. La malade a été délivrée complètement en ville et naturellement.

Au niveau de l'ombilic, on voit une légère saillie transversale se dessiner sur la peau, saillie sonore qui est peut-être due à une anse intestinale. Pas de vomissement. Douleurs dans les deux fosses iliaques, surtout à gauche.

En présence de cette anse d'intestin je comprends l'hésitation de mon collègue à intervenir.

Les lochies sont fétides. Après un lavage externe et une injection vaginale, le doigt introduit dans le vagin sent facilement le col de petits caillots et ramènent des débris qui sentent bien mauvais.

Injection vaginale, puis injection intra-utérine T 37° 6.

Traitement. — Glace sur le ventre, après application d'une couche de laudanum, 0,10 centigrammes d'extraits thébaïque dans les 24 heures, sulfate de quinine, 0,75. Benzo-naphtol, 2 grammes et injections vaginales matin, midi et soir. Je n'étais pas pressé de mettre la malade aux bains. Je m'y résous enfin, espérant que ce n'est pas une anse intestinale distendue que je vois au niveau de l'ombilic.

A quatre heures de l'après-midi, la malade présentant plus de 38° 5, est mise aux bains à 25°. Elle l'a supporté sans trop se plaindre. Les douleurs abdominales n'ont pas varié.

Le soir, à 7 heures, 38°, toujours le même état local général.

Le lendemain matin, à 7 heures, T 39° 4, la malade prend un bain qui fait tomber la température à 38° 8, à 8 h. 1½ à la visite, le ventre est toujours ballonné et sensible.

Le retrait de la main, appliqué sur l'abdomen, est moins douloureux que son application. C'est décidément bien une anse intestinale que l'on voit au niveau de l'ombilic. Le relief s'accuse.

Traitement glace à l'intérieur et à l'extérieur, laudanum

sur le ventre. Suspension des bains. Mort à 5 heures de l'après-midi, le 16 août, sans phénomènes bruyants.

Le 15 août à 7 heures, deux heures exactement après la mort de la malade, que j'ai fait transporter hâtivement à l'amphithéâtre, je fais une incision à la paroi abdominale, au niveau de la région excale. Après avoir cautérisé au fer rouge la plaie ainsi faite, j'introduit dans le ventre une pipette dans laquelle, par aspirations, apparaît avec grande facilité, un liquide purulent.

L'ensemencement est fait immédiatement sur bouillon et agar agar.

Autopsie le 17 au matin. Rien dans la cage thoracique, mais présence dans l'abdomen d'un liquide purulent collecté dans le petit bassin.

Il y a eu la valeur de deux verres, l'utérus est gros, vide ; sa face interne est vide et noirâtre couleur qui tient en grande partie à l'injection de permanganate de potasse.

L'examen bactériologique, pratiqué par M. Achard, médecin des hôpitaux, a donné les résultats suivants, il a démontré la présence dans le pus de bacille offrant les caractères morphologiques du coli-bacille.

Température du bain :

14 avril	10 h.....	37°6	
—	1 h.....	37°4	
—	4 h.....	38°5	37° 25° 15°
—	7 h.....	38°	
—	10 h.....	37°7	
15 août	1 h.....	38°3	
—	4 h.....	38°4	
—	4 h.....	39°1	37°8
—	10 h.....	37°7	

Observation XIV (Personnelle)

L. Marie domestique, âgée de 32 ans, entre dans le service de M. le Dr Schwartz le 19 Juillet 1895. Cette femme multipare a accouché en ville il y a 8 jours ; sa grossesse était à terme. L'accouchement a été extrêmement laborieux. On a dû faire une application de forceps sous chloroforme dans l'excavation ; l'enfant n'a pu être rappelé à la vie. Il y a eu une déchirure périnéale complète allant jusqu'au rectum exclusivement. On a fait 3 points de suture immédiats.

A son entrée la malade a une température de 39°6. Pouls 124. Le facies est pâle, terreux, les yeux sont excavés ; il y a tendance à la torpeur ; la malade répond d'une voix faible et éteinte aux questions qu'on lui pose. Le ventre modérément ballonné est sensible à la palpation surtout dans la région hypogastrique.

La langue est sèche. Pas de vomissements. Tendance légère à la diarrhée. Rien au cœur, rien aux poumons. Urines assez abondantes très légèrement albumineuses.

A l'examen des organes génitaux, on trouve que les points de suture périnéale n'ont pas pris ; la plaie de déchirure a un aspect blafard. Des mèches de gaze iodoformée sont retirées du vagin ; elles sont imprégnées de pus et répandent une odeur fétide. On pratique un lavage vaginal, puis intra-utérin au sublimé.

20 juillet. — Le lendemain matin, la température a un peu cédé, elle reste à 38°5 ; mais le soir elle remonte à 40°2, pouls 138 ; abattement. Urines rares. On décide alors de donner des bains froids à 25 degrés, toutes les 3 heures si la température dépasse 37°. Injection intra-utérine. La température à 39°5. Potion de todd. Lait.

21 juillet. — La malade a pris 4 bains, la température est toujours élevée, 38°9. Dans la journée, deux nouveaux bains

sont donnés. Le soir la température monte à 39°3. une injection intra-utérine.

22 juillet. — Depuis hier soir, la malade a pris 3 bains. A 9 h. du matin, la température est de 37°8. Le facies est moins abattu ; la malade se trouve beaucoup mieux ; on l'alimente un peu plus que la veille. Lait, œufs.

Le soir la température s'élève à 39°. un bain est encore donné, qui la ramène à 38°5. Une injection intra-utérine.

23 juillet. — Temp. m. 37°5, soir 38°2.

L'état général est très amélioré. Pas de bain. Simples injections vaginales chaudes au sublimé, comme dans toute la durée de la maladie.

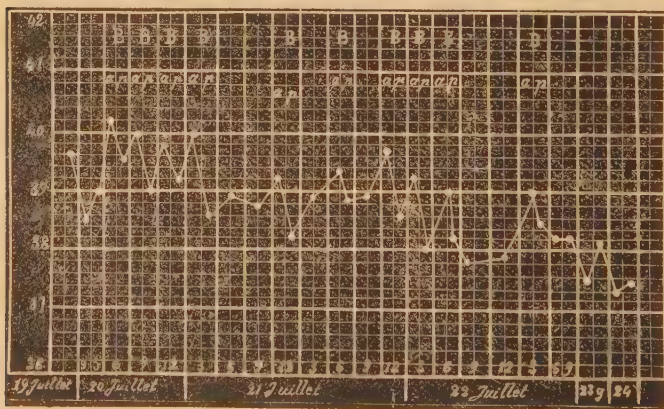
24 juillet. — T. m. 37°3, soir 37°5.

Le ventre n'est plus douloureux à la palpation. L'appétit revient. La malade est considérée comme convalescente. On lui continue les injections vaginales.

14 août. — La malade a repris progressivement ses forces elle va et vient sans aucune douleurs.

25 août. — On pratique une colpopérinéoraphie pour réparer la déchirure produite par l'accouchement. Il n'y a pas eu la moindre élévation de température à la suite de cette intervention.

28 septembre. — La malade est complètement guérie.



Observation XV (Personnelle).

La nommée D... Blanche, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital Cochin, le 22 septembre 1895, salle Richet, n° 41. Elle n'a jamais eu de maladie grave, mais a toujours été un peu faible. Elle a eu quatre grossesses ; ses accouchements ont été difficiles et elle a été longue à se remettre après chacun d'eux. Il lui reste deux enfants ; les deux autres sont morts, l'un de méningite, l'autre d'athrepsie. Depuis son mariage, elle a eu des crises de nerfs pendant lesquelles elle perd complètement connaissance ; pas de mouvements brusques, pas de morsure de la langue, pas d'émission involontaire d'urine ou de matière fécale. Elle a été soignée pour ces crises à la Salpêtrière où on lui a fait prendre du bromure. Depuis deux ans, elle n'a pas eu de crise. Il y a un an 1/2, elle a eu une bronchite qui l'a tenue au lit pendant une dizaine de jours et qui a bien guéri.

Il y a 4 jours, la malade a fait une chute dans la rue ; son ventre a porté à terre, et quelques heures plus tard, elle a perdu du sang ; elle avait alors un retard de règles d'un mois 1/2. Depuis, l'hémorragie a continué assez abondante sous forme de sang rouge ou de caillots volumineux. La malade a été vue chez elle par un médecin qui a pratiqué le toucher.

A son entrée, le 22 septembre, la femme perd toujours du sang ; sa température axillaire est de 38°2. Deux heures après, la température est de 38°6, la métrorrhagie n'a pas cédé à des injections vaginales très chaudes de sublimé à 1/2000.

Dans ces conditions l'interne de garde se décide à faire un curetage de l'utérus puis un temponnement à la gaze iodoformée, ce qui fait descendre le thermomètre à 37°5.

23 septembre. — Après une légère ascension nocturne la

température est tombé le matin à 37° mais à l'heure de la visite elle est déjà remontée à 39°. La malade a le teint jaunâtre, terreux, le pouls petit rapide (124). Le ventre légèrement ballonné est un peu sensible au niveau de l'utérus. L'haleine est fétide, la langue recouverte d'un épais enduit saburral ; pas de vomissement, une selle dans la nuit. Urines peu abondantes avec un léger louche d'albuminurie. Rien aux poumons ni au cœur. La malade est profondément abattue. On retire la mèche iodoformée et on fait un lavage intra-utérin au sublimé à 1/2000 avec 5 litres de liquide.

Malgré ce traitement la température continue à s'élever ; à midi elle est de 39°9 et à 3 heures de 40°. On se décide alors à appliquer à la malade la méthode des bains froids. Les bains seront donnés toutes les 3 heures à 25° degrés avec affusion froide sur la tête. A 6 heures du soir la femme prend son premier bain d'un quart d'heure, la température est abaissée de 5 dixièmes de degré, puis vers 9 heures du soir remonte à 39°8. On constate à ce moment un écoulement lochial fortement odorant et on apprend que le curetage de la veille a été fait d'une façon incomplète. On intervient de nouveau ce second nettoyage à la curette ramène de nombreux débris à odeur fétide ; il est suivi d'un grand lavage et une simple mèche iodoformée est placée dans l'utérus.

Sous cette influence la température descend à 39° mais une heure après la malade est prise d'un frisson assez violent, le thermomètre marque 40°1. Le pouls est très rapide (130), l'état général est misérable, on pratique simplement une lotion froide qui fait descendre la température de près d'un degré. Glace sur le ventre.

24 *Semtembre*. — A 3 heures du matin on a donné un bain froid. A 8 heures du matin le thermomètre marque 37°1.

La malade se trouve un peu mieux. Lait, bouillon, banioyls, potion de Todd. 2 injections vaginales.

25 Septembre. — La température s'est élevée jusqu'à 39° dans la nuit. La malade a manifesté une telle horreur du bain froid qu'on s'est contenté de lui faire des lotions.

Il y a toujours de l'abattement, de la torpeur, le pouls est rapide (100, 110), la température reste à cheval sur 38°.

Il n'y a qu'un léger louche d'albumine dans les urines.

On continue à alimenter le plus possible la malade avec du lait, des œufs, du vin, de l'alcool. Injections vaginales 2 fois par jour.

26 Septembre. — Malgré une température normale, la femme a toujours l'air profondément infectée ; son haleine est encore fétide, le pouls est à 100 ; la torpeur persiste.

Rien de perceptible à l'examen du cœur. 1 lavage intra-utérin. Dans l'après-midi l'état s'aggrave, la température est à 29°, mais le pouls est rapide (160), filiforme, la malade a des sueurs visqueuses. Injections d'éther et 2 injections de 0 g. 25 cent. de caféine. On n'ose mettre la malade dans le bain de peur d'une syncope, on lui fait simplement des lotions qui suffisent à stimuler le système nerveux et à abaisser la température. Un second lavage utérin est pratiqué dans la soirée.

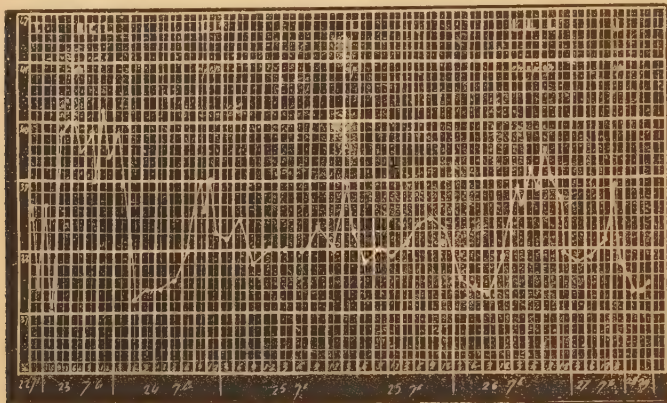
28 Septembre. On a fait encord 2 lotions dans la nuit, il n'y a plus de fièvre, mais l'abattement profond persiste. Le pouls est plus fort et beaucoup moins rapide (100). Les urines n'ont plus d'albumine. La malade n'a eu dans la journée qu'une lotion. Injections vaginales et un lavage intra-utérin.

28 septembre. La malade se trouve mieux, t. 37°. Pouls 80. On cesse les lavages et les applications froides.

29 septembre. — La langue commence à se nettoyer, l'appétit revient, on alimente fortement la malade. Le soir il y a un peu

de température (38°). Pour tout traitement on se borne à des injections vaginales.

30 septembre. — Température normale. La malade est considérée comme convalescente.



26 *Septembre*. — A l'aspect seul de la malade ou diagnostique, une infection grave, les yeux sont excavés, légèrement cerclés d'une teinte bistre, la face est pâle, terreuse. La température est à 39.2 le pouls petit, rapide (116). Le ventre est peu bouillonné ; à la palpation on sent l'utérus volumineux douloureux, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les lochies au moment de l'arrivée étaient odorantes mais pas fétides. La langue est recouverte d'un enduit grisâtre presque desséché. Pas de vomissement ; constipation légère. Les urines contiennent un peu d'albumine. La malade tousse un peu. On perçoit quelques râles sous-crépitaux aux deux bases. Rien au cœur.

Il y a tendance à la somnolence et à la torpeur.

Une injection intra-utérine est pratiquée le matin au sublimé à 1/2000.

Dans l'après-midi, la température s'élève sans frisson jusqu'à 40.3, on pratique un nouveau lavage intra-utérin et on met la malade au traitement par les bains à 25°. Toutes les fois que la température, prise toutes trois heures, atteindra 39°, on donnera un bain.

27 septembre. — La malade a pris 3 bains dans la nuit ; ils ont amené la température à 37.6. Un lavage intra-utérin est pratiqué matin et soir. Un seul bain est donné dans la journée pour une température qui cède aussitôt. Lait, bouillon, banyuls, potions de Tood.

28 *septembre*. La nuit a été relativement bonne. La malade, malgré une température normale le matin, est toujours profondément déprimée. Le pouls a tendance à être rapide (96). Les lochies ont une odeur assez forte, on se décide à faire un 2^e curetage. Le plus gros dilatateur d'Hégar est enfoncé dans l'utérus ; on note soigneusement à quelle profondeur il pénètre ; cette longueur est réparée sur le manche de la curette, pour

bien fixer dans quelle mesure on peut enfoncer cette dernière, sans risquer de perforer l'utérus. On extirpe par cette intervention, une assez grande quantité de débris grisâtres. Nettoyage avec un tampon de coton imbibé de glycérine créosotée. Mèche iodoformée.

Le soir la température remonte néanmoins à 40°. Sans frisson. Lavage intra-utérin. Bains froids.

29 septembre. — Dans le cours de la nuit la température s'est élevée entre les bains jusqu'à 41°. L'état général est toujours mauvais, la malade a gardé toute sa lucidité d'esprit. La zone dans laquelle on entend les râles sous crépitants ne s'est pas étendue.

T. m. 37°2, pouls 90. Deux lavages intra-utérins, 3 bains froids nécessités par des ascensions vespérales à 39°8 et 40°.

30 septembre. — Il n'y a pas de rémission matinale de la fièvre ; les signes généraux sont toujours les mêmes. L'examen local fait constater la production de fausses membranes blanc-grisâtres sur la plaie périnéale, sur la muqueuse vaginale et jusque dans l'utérus.

Un curetage enlève les productions pseudo-membraneuses. La malade ayant eu un peu de diarrhée, les lavages utérins sont faits en partie avec du sublimé, en partie avec de l'eau stérilisée contenant une faible dose de chlorure de sodium.

Temp. m., 30°3. Pouls, 120. — Temp. s., 40. Pouls, 134. 5 bains.

1^{er} Octobre. — Etat stationnaire. Les rémissions de température après les bains, ont été très faibles. 1 bain, 2 injections intra-utérines.

Temp. m., 38°. Pouls, 116. — Temp. s., 38°5. Pouls, 120.

2 Octobre. — L'abattement est moins grand. Les râles sous-crépitaux des bases ont disparu.

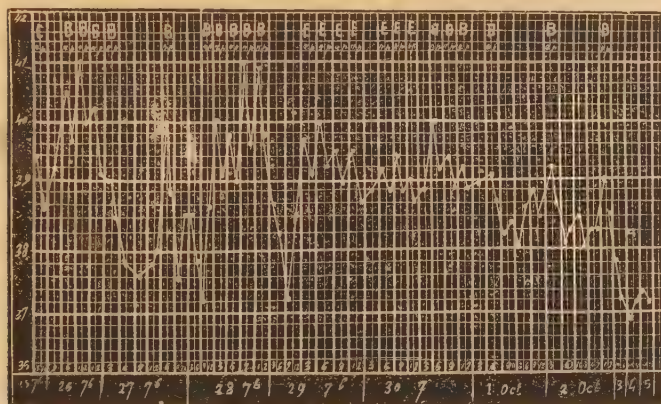
T. m. 38°, pouls 110. T. s. 39°, p. 124.

1 Bain. 2 lavages intra-utérins.

3 *Octobre*. — L'état général est très amélioré. La température est tombée à 37°. On cesse les bains. On donne encore une injection intra-utérine.

4 *Octobre*. — La malade est en pleine convalescence.

12 *Octobre*. — Etat général excellent; la malade s'est levée, sa pâleur commence à disparaître.



BIBLIOGRAPHIE

1675. — **Mauriceau.** — Traité des maladies des femmes grosses, Paris.
1742. — **Van Goieten.** — Commentaria in aphor. de curatione morborum. Leyde, 1742.
1750. — **Puzos.** — Tr. des accouchements.
1782. — **Doulcet.** — Journal de médec. A. 58. Page 448.
1797. — **Currie.** — Medical Reports of the Effects of Water, cold and Warm, as a remedy in fever and oother diseases. Liverpool.
1805. — **Giamini.** — Bella natura, della febbre e del miglier methodo di curarle Milano.
1822. — **Eitchoft.** — Ueber die äusserliche anwendung des kalten wasser in hitrigen fiebern, in Hufeland's journal der practischen Heilkunde, t. LV.
1830. — **Gatta.** — Di una grave uretridide e di una peritonitide puerperale, mirabilmente sanate colle gelide applicatzione (Giorn. Annal. die méd.) Milano. 1830, XIII, 27,30.
1836. — **Michaelis.** — Ueber die anwendung des Eises in des febris puerperalis (N. Zeitpsift fuze Geburk K. Berlin. 321, 355).
1853. — **Strauks.** — Use of quinine and tropical application of cold water in puerpera fever. Memphis. The recorder, 1853, I, 10.
1857. — **Trousseau.** — Des affusions froides dans le traitement des accidents nerveux ataxiques de la scarlatine, et du délire fébrile dans cette maladie. Union médicale, 57.
1861. — **Braud.** — Die hydrotherapie des typhus. Stettin, 1861.
1862. — **Behier.** — Traitement de la fièvre puerperale par les appli-

- cations froides continues Gaz. Hôpitaux. Paris. 1862. XXXV, p. 157.
1866. — **Zimmersen**. — Centralblatt, f. d. med. Wissen, 1866.
1866. — **Zürgensen**. — Klinische studien uber die Behandlung des abdominales phren. unittel der Kalten Wassers. Leipzig, 1866.
1868. — **Liebermeister**. — Bericht uber die resultate der Behandlung des abdominal typhus. (Arch. f. klin. med. 1868).
1872. — **Braud**. — Wiener medizinische Wochenschrift, n° 6.
1872. — **Huland**. — Traitement des pyrexies par l'eau froide. (Th. Paris, 1872.
1873. — **Glenard**. — Lyon médical, 27 sept. 1873.
1875. — **Ducastel**. — Des températures élevées dans les maladies. Th. d'agrégation, 1875.
1875. — **Laure**. — Lyon-Médical, 1875.
1875. — **Osterloh**. — Deutsch zeitpsift fuze Prakt. Med. 1875, n° 9.
1875. — **Liebermeister**. — Pathologie et traitement de la fièvre. (Leipzig, 1875).
1877. — **Playfair**. — A lecture on a case of puerperal septicæmia With hyperpyrexia treated by the continuons application of cold. Brit. M. J. London, 1877, II, 687, 689.
1881. — **Stoltz**. — Dict. de Médecine et chirurgie pratique. Article puerperalité.
1882. — **Deghilage**. — Emploi de la glace dans un cas de metroperitonite puerperale. Guérison. Journal accouchement. Liège, 1882, III, 40.
1883. — **Gaillard-Thomas**. — Intrauterine injection in the treatmend of puerperal septicemia. In New-York, med. journ, 1883, p. 347, 656.
1883. — **Tanoky**. — In American Journ., of the med. sc. The cold water treatmend of puerperal fever according to the med. of Winter, and carl braun of viner.
1884. — **Chabert**. — Thèse de Lyon, juillet 1884.
1884. — **Yamg**. — Puerperal septicemia treated by cold coil Maryland. med. journ. Baltimore, 1884, 85, XI, 6, 8.

1884. — **Saexinger**. — Mitheil. Aus. der Geburt's. Gynecol. klinik za tubingen, 84.
1885. — **Gimeno**. — Una nota sobre el tratamiento de la fiebre puerperal por el aqua pria, clin. Navarra Pomplona, 1885, II.
1886. — **Murade**. — The value of antipyrin in puerperal fever in New York méd. J., 9 octobre 1886.
1886. — **Runge**. — Arch. fur gyn. 1886.
1886. — **Rionge**. — Sammlung klin. vortrage, n° 287.
1886. — **Fripier et Bouveret**. — La fièvre typhoïde traitée par les bains froids.
1886. — **Runge**. Verhandlungen der D. Gesellpfaff, fur gynæk, zu Mienchen, 1886.
1887. — **Robin**. — Leçons de clinique, 1887.
1887. — **Skinner**. — Progrès médical, 1887.
1888. — **Tusseau**. — Lyon médical, 9 sept. 1888.
1889. — — — Bulletin de la Soc. méd. des Hôpit.
1889. — **Runge**. — Deutsch. med. Woch. 1889, n° 1.
1889. — **Napier**. — In practitiones, 1889.
1891. — **Byers**. — Puerperal fever; its natur, prevention aud treatment. Dublin journal, of méd. sc., mai 1891, p. 479.
1891. — **Swiecciki**. — Il Wien. med. blactt. 1881, n° 15, p. 228.
1892. — **Juhel Renoy**. — Traitement de la fièvre typhoïde. Paris, 1892.
1893. — **Faure Miller**. — Th. de Paris, 1893.
1894. — **Kezmarzky**. — Injeétion intra veineuse de sublimé dans la septicémie puerperale. (Centralblatt fur gynok. 22 sept. 1894, et Revue de Hayem, p. 587.
1894. — **Chellier**. — Fièvre typhoïde et fièvre puerperale. Th. de Paris.
1894. — **Macé**. — Bulletin et mém. soc. Obst. et gyn. Paris, nov. 1894, In Archiv. Toral et gynecol. Décembre 1874.
1895. — **Voyer**. — De l'action favorable des bains froids dans le traitement de la septicémie puerperale. Th. Doct. Paris.

